〈同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート〉

事業所名:　　　　　　　　　　　　担当者名：

作成日:　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 要支援要介護状態区分 |  |
| 被保険者番号 | 0000 | 年齢 |  | 性別 |  |
| 本人の状況 |  |
| 【本人ができる事】 |
| 同居家族の続柄 | * 夫　□ 妻　　□ 子（□ 男・□ 女）

□ 子の配偶者　□ 孫　□ その他（　　　　　　　） |
| 同居家族の状況（障害・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由を詳細に書く）* 障害・疾病
* その他
 |  |
| 【同居家族ができる事】 |
| サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断（内容・回数・時間）* 掃除　　□　洗濯
* ベッドメイク
* 衣類の整理・補修
* 一般的調理・配下膳
* 買い物・薬受け取り
 |  |

■サービス担当者会議での確認・同意日（開催日時　　　年　　　月　　　日）

　→詳細は「サービス担当者会議の要点」に記載