〈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