〈同居家族がいる場合の生活援助について〉

事業所名:

担当介護支援専門員氏名:

相談日:　　　年　　月　　日（　　）担当

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | 要支援要介護状態区分 | |  | |
| 被保険者番号 |  | | 年齢 | 歳 | 性別 |  |
| 本人の状況・できる事 | |  | | | | |
| 希望するサービス内容  □一般的調理   * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 買い物・薬受け取り | |  | | | | |
| 同居家族の続柄 | | * 夫　□ 妻　　□ 子（□ 男・□ 女） * 子の配偶者　□ 孫   特記（　　　） | | | | |
| 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 * 要介護者 * 日中独居 * その他 | |  | | | | |
| 本人と同居家族との関係性 | |  | | | | |
| 同居家族ができる介護の内容 | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断   * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 衣類の整理・補修 * 一般的調理 * 買い物・薬受け取り * その他 |  |

|  |
| --- |
| 判定 |
| ※町回答欄 |