〈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 |