

# 通院等乗降介助における身体介護中心の適用についての確認申請書

鹿嶋市長 様

	申請年月日	年 月 日
担当介護支援 専門員		事業所名
事業所住所	〒  電話番号	

次のとおり、通院等乗降介助における院内介助の必要性を判断しましたので、通院等乗降介助における身体介護中心の適応について次のとおり申請します。

被保険者番号		性 別	男 ・ 女
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3	有効期間	年 月 日～ 年 月 日
住 所	〒  電話番号		
家族構成	(家族の状況…健康状況・就労状況等)		
受診医療機関	医療機関 ( ) 頻度 ( ) 医療機関 ( ) 頻度 ( )		
利用者が該当する状態	<input type="checkbox"/> 院内の移動に介助が必要な場合 <input type="checkbox"/> 認知症その他のため、見守りが必要な場合 <input type="checkbox"/> 排泄介助を必要とする場合 <input type="checkbox"/> その他		

利用者の状況	
--------	--

※ 添付書類 居宅サービス計画書 (第1、2表)、週間サービス計画表(第3表)、 サービス担当者会議の内容

居宅サービス計画書（第1、2表）、週間サービス計画表(第3表)、  
サービス担当者会議の内容（今回の申請理由が記載されている箇所をマーカー等で印をつけてください）

※居宅サービス計画書及び訪問介護計画書に院内介助についての記載をお願いします。内容は院内介助が必要のみの記録では不十分です。適切なアセスメントを通じて、生活全般の解決すべき課題に対応した様々なサービス内容の1つとして、総合的な援助の一般としてあらかじめ計画に位置づけられている必要があります。