

区分変更相談シート

該当するものに記載、○または☑をしてください

受付日： R 年 月 日 ()		担当ケアマネジャー：	
利用者：	年齢： 歳	住所：竜王町	
現在の認定区分： 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
現在の認定有効期間： R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 自宅 独居 高齢者二人暮らし 日中独居 日中高齢者二人 家族同居			
<input type="checkbox"/> 施設 特養 老健 GH サ高住 ケアハウス 生活支援ハウス：名称()			
<input type="checkbox"/> 入院 八医セ 神中 ヴォーリス 敬愛 野洲 東医セ 県総 その他 ()			
状態：認知症 精神疾患 障害者手帳(内容：)			
医療的処置：在宅酸素 人工透析 重度褥瘡 人工呼吸器 その他 ()			
区分変更の理由：①疾病 ②老化 ③転倒 ④家族 ⑤その他 詳細：			
区分変更後の総合的な援助の方針、方向性：（どう支援していきたいか、具体的に）			
サービス種類	現在サービス状況	区分変更後予定	特記: (上記で書ききれない場合・区変後のサービス未定理由など)
通所介護	回/週	回/週	
通所リハビリ	回/週	回/週	
訪問介護	回/週	回/週	
訪問看護	回/週	回/週	
訪問リハビリ	回/週	回/週	
訪問入浴	回/週	回/週	
ショートステイ			
福祉用具	4点杖 歩行器 特殊寝台 その他:	4点杖 歩行器 特殊寝台 その他:	
居宅療養管理指導	回/月	回/月	
医療・障害サービス			
区分変更日：令和 年 月 日 付 確認者：			
認定調査日：令和 年 月 日() 時 分～ 場所：			

支援 ⇒要介護認定申請書 介護 ⇒区分変更申請書