**現行相当サービス利用理由書（訪問）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 申請月日 | ここをクリックして日付を入力してください。 | | | |
| 名前 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 年齢 | 才 | 性別 | | □男　・　□女 |
|  | |  | | | | | | | | | |
| 圏域 | □都市中核 ・□岸和田北部 ・□葛城の谷 ・ □岸和田中部 ・ □久米田 ・ □牛滝の谷 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の介護度 | □認定なし・□要支援1・□ 要支援2・□要介護1～5  （有効期間：　　　年　月　日～　　　年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の予定  （ある場合） | □認定申請中・□要支援1・□ 要支援2・□要介護1～5  （有効期間：　　　年　月　日～　　　年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | 事業対象者 | |
| □該当 ・ □非該当 | |
| 現在利用しているサービス | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| □ある―□訪問介護・□訪問入浴・□訪問看護・□訪問リハビリ・□居宅療養管理指導・  □通所介護・□通所リハビリ・□福祉用具貸与、購入・□住宅改修  □利用していない | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の希望 | 現行相当の【　訪問介護　】を利用したい。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現行相当の利用が想定される例外事由 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 該当すると思われる番号にチェックしてください。   * ①身体・精神・知的障害や認知機能の低下により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者 * ②退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な者 * ③ゴミ屋敷となっている者や、社会と断絶している者などの専門的な支援が必要とする者 * ④心疾患や呼吸器疾患、癌などの疾患が起因となって、日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活   に支障がある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緩和型を利用できない理由 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| ※上記を踏まえ、現行相当の必要性についてアセスメントを記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**現行相当サービス利用理由書（通所）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 申請月日 | ここをクリックして日付を入力してください。 | | | |
| 名前 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 年齢 | 才 | 性別 | | □男　・　□女 |
|  | |  | | | | | | | | | |
| 圏域 | □都市中核 ・□岸和田北部 ・□葛城の谷 ・ □岸和田中部 ・ □久米田 ・ □牛滝の谷 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の介護度 | □認定なし・□要支援1・□ 要支援2・□要介護1～5  （有効期間：　　　年　月　日～　　　年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の予定  （ある場合） | □認定申請中・□要支援1・□ 要支援2・□要介護1～5  （有効期間：　　　年　月　日～　　　年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | 事業対象者 | |
| □該当 ・ □非該当 | |
| 現在利用しているサービス | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| □ある―□訪問介護・□訪問入浴・□訪問看護・□訪問リハビリ・□居宅療養管理指導・  □通所介護・□通所リハビリ・□福祉用具貸与、購入・□住宅改修  □利用していない | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の希望 | 現行相当の【　通所介護　】を利用したい。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現行相当の利用が想定される例外事由 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 該当すると思われる番号にチェックしてください。   * ①身体・精神・知的障害や認知機能の低下により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者 * ②専門職の指導を受けながら集中的に生活機能向上のトレーニングを行うことで、状態の改善・維持が見込   まれる者 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緩和型を利用できない理由 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| ※上記を踏まえ、現行相当の必要性についてアセスメントを記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |