

## 短期入所サービス長期利用理由書

被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0	0				
生年月日	<small>明 大 昭</small> 年      月      日	性別	男      ・      女								
医師による 認知症の診断	無し ・ 有り	認知症の状態・症状									

○短期入所サービスを長期利用する理由

短期入所サービスの必要性	<input type="checkbox"/>	重度の認知症により、同居している家族からの介護が困難である
	<input type="checkbox"/>	重度の認知症であり独居のため、自宅での生活が困難である
	<input type="checkbox"/>	主たる介護者が高齢、疾病、入院等の理由により十分な介護が困難である
	<input type="checkbox"/>	調整しながら利用してきたが、突発的な理由により、認定期間のおおむね半数を超えてしまう場合
	<input type="checkbox"/>	上記以外のやむを得ない理由(詳しく記入)
入所・入居施設の申込状況	待機施設名 1	
	待機施設名 2	
	待機施設名 3	

○利用者・家族等の意向

利用者本人	
家族等(      )	

○利用者の心身の状態、生活状況から見られる問題点

心身の状態	
生活状況	

○短期入所サービスの長期利用に至るまでの経緯(回避する為にどのような検討をしたか等)

○介護支援専門員の意見:短期入所サービスを長期利用する事が特に必要と考える理由