



要介護認定有効期間の半数を超える短期入所の理由書

年 月 日

依頼者 事業所番号
所在地
事業所名称
電話番号 ()
計画作成者氏名

要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所の理由については、次のとおりです。

被 保 険 者	被保険者番号																	新規申請 <input type="checkbox"/>	継続申請 <input type="checkbox"/>
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)						
	氏名											性別	男 ・ 女						
	現在の要介護 状態区分等	要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5										認定有効期間の日数 日							
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで																	
	要介護認定の有効期間 中の短期入所利用日数	本理由書の提出日前日までの利用日数 日										本理由書の提出日以降の利用予定日数 日 合計 日							
該当する理由		<input type="checkbox"/> 退院直後等、利用者の状態が不安定で、一時的に短期入所の利用日数が増加した。 (退院日： 年 月 日)																	
		<input type="checkbox"/> 施設入所等、他サービスへの移行が予定されているが、一時的に調整を要する。 (移行予定時期： 年 月頃) (移行予定の施設等の名称：)																	
		<input type="checkbox"/> 家族の急な入院等、一時的に介護者が不在となった。 (不在期間： 年 月 日～ 年 月 日)																	
		<input type="checkbox"/> 半数を超えるが、「おおむね半数」の範囲と考えられる。																	
		<input type="checkbox"/> その他の理由 ()																	
特筆すべき利用者の状況 (心身の状況、生活状況、介護環境等)																			
検討の経過 (候補となる他サービス、それを利用しない理由等)																			

添付資料：居宅サービス計画（第1表、第2表、第3表）

【以下、小田原市確認欄】

上記内容及び添付資料により確認した結果、「特に必要と認められる場合」に該当するものと判断します。

