

# 短期入所利用延長申請 兼 利用日数等に関する状況確認書

作成日 年 月 日

指定居宅 介護支援 事業者名						担当介護支援専門員氏名					
事業者番号						(連絡先TEL )					
フリガナ						4	2	2	0	2	
被保険者 氏名						被保険者 番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	歳	性別		男・女			
住所	〒 -										
要介護 状態区分	要支援( )		要介護( )		認定 有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
短期入所 利用実績 及び予定	年 月	日	年 月	日	年 月	日	実績 日				
	年 月	日	年 月	日	年 月	日	予定 日				
	年 月	日	年 月	日	年 月	日	半数超え到達年月				
	年 月	日	年 月	日	年 月	日	年 月				
身体・生活 状況	補足事項										
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	清潔保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない								
	調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
問題行動	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 年 月頃から)								
介護保険等 サービスの 利用状況											

※裏面記載欄あり

## 短期入所利用延長申請 兼 利用日数等に関する状況確認書

申出理由 (全て記載)	1 被保険者の状況(短期入所利用の半数を超えるに至った経緯等)	
	2 家族の状況<<家族構成図>> ※年齢についても〇歳代等のご記入をお願いします。	<<支援状況>>
	3 短期入所利用の超過利用の理由及び介護支援専門員として今後の支援に関する考え	

施設申込状況 [ ( )内に申込施設名、及び申込年月、待機順が分かれば記入してください。 ]

- |                |   |  |   |
|----------------|---|--|---|
| 1 介護老人福祉施設     | ( |  | ) |
| 2 介護老人保健施設     | ( |  | ) |
| 3 介護医療院        | ( |  | ) |
| 4 認知症対応型共同生活介護 | ( |  | ) |
| 5 その他、特定施設等    | ( |  | ) |

※1 直近の居宅サービス計画書(第1表～第3表)、支援経過記録等を添付し提出してください。

※2 枠内に記載しきれない場合は、任意の別紙に記載し添付してください。