短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事　業　所　名

事業所所在地　〒

事業所代表者名

事業所電話番号（　　　）　　　－

介護支援専門員（　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 |  |
| 性　別 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 要介護度 |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 |  |
| 認定有効期間 | 　　年　　月　　日　　　～　　　　年　　月　　日 |
| 家族構成 | 氏　名 | 年齢 | 続柄 | 生活状況（心身の状況・介護の状況等） | 同居の別 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 認定有効期間の半数を超える理由 | ※初回利用年月日（　　　年　　月　　日） |
| 他サービス策定状況 |  |
| 今後の方針 |  |
| 施設入所申込状況 | 施　設　名 | 申込日 | 待機人数 | 施　設　名 | 申込日 | 待機人数 |
|  |  | 人 |  |  | 人 |
|  |  | 人 |  |  | 人 |
|  |