**船橋市　院内介助利用相談シート**

**１．相談者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **居宅介護支援事業所** | **名称** |  | **事業所番号** |  |
| **電話番号** |  | **ＦＡＸ番号** |  |
| **所在地** |  |
| **介護支援専門員** | **氏名** |  |  |  |

**２．被保険者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **被保険者番号** |  |  |
| **フリガナ** |  | **生年月日** |  |
| **氏名** |  | **住所** |  |
| **要介護認定** | **要介護状態区分** | 要支援　１ ・ ２　　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| **認定有効期間** | 令和　　年　　月　　日 | ～ | 令和　　年　　月　　日 |
| **認知症自立度** | Ⅰ ・ Ⅱａ ・ Ⅲｂ ・ Ⅲａ ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ Ｍ |
| **必要な介助の内容**※該当するものに　○を記入 |  | 受付・清算の補助 |  | 待合室～診察室間の移動介助・誘導 |
|  | 待合室での座位保持 |  | 待合室での不穏の解消 |
|  | 待合室～トイレ間の移動介助・誘導 |  | 排泄の介助 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **上記介助を必要とする理由**※特に身体・精神　状況を具体的に |  |

**３．院内介助を実施する医療機関および依頼状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称** |  | **傷病名** |  |
| **所在地** |  |
| **医療機関への依頼結果** |  |

**４．親族等への依頼状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **同居親族等の有無**※血縁・婚姻関係に　ない者も含む | 有 ・ 無 | 氏名（　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　）氏名（　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　）氏名（　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　） |
| **別居親族の有無**※２親等以内※未成年者を除く | **徒歩圏内** | 有 ・ 無　　　　人数（　　）人 |
| **日帰り圏内** | 有 ・ 無　　　　人数（　　）人 |
| **親族による介助が****できない理由** |  |

**５．社会資源（有償ボランティア等）活用の検討状況**

|  |  |
| --- | --- |
| **検討結果** |  |