

久喜市長 あて

〒
 住所.....
 事業所名.....
 担当者名..... 印

院内の移動等の介助確認書

下記のとおり「院内の移動等の介助」が必要であるとの判断をしたので、その内容の確認を依頼するものです。

記

被保険者氏名						被保険者番号			
要介護度	要介護	1	2	3	4	5			
ケアマネジメントによる判断日	平成	年	月	日					

I 医療機関の院内介助の体制の有無について

- 1 医療機関名 (.....)
- 2 医療機関の院内介助の有無 有 ・ 無
- 3 確認年月日 平成 年 月 日

II 家族等の介護体制の有無について

- 1 家族等の介護体制の有無 有 ・ 無
- 2 家族の状況 (簡単に記入してください)

(.....)

III 被保険者の心身の状態 (いずれかに○印をつけてください)

- i) 視力について 認定調査項目の視力が、「3 目の前に置いた視力確認表の図が見える」か、それ以下
- ii) 認知症について 認定調査結果の認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上
- iii) 排泄について 認定調査項目の排尿あるいは排便が、一部介助もしくは全介助
- iv) その他 介助が必要な心身の状態

(.....)

※適切なケアマネジメントにより「院内の移動等の介助」が必要であると判断した理由、経過が分かる資料（サービス担当者会議の要点の写しなど）を添付してください。

<p>市記入欄 (何も記入しないでください)</p> <p>上記の理由に基づき、院内の移動等の介助が【 必要 ・ 不必要 】と確認します。</p> <p>※医療機関、必要な介助に変更があるときは、あらためて確認依頼書を提出してください。</p>	<p>確認印</p>
--	------------