

院内介助算定に係る事前協議書

平成 年 月 日提出

被保険者番号		被保険者氏名	
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
被保険者住所			
要支援・要介護 状態区分			
担当支援事業所	TEL () 担当介護支援専門員：		
訪問介護事業所			
被 保 険 者 の 状 況 等	医療機関名・ 診療科		
	医療機関の介 助体制の有無		
	通院頻度		
	身体状況等		
	家族状況等		
	その他特記事項		
サービス担当者会議 等の見解			
院内介助の具体的内容	(身体介護を算定するためには必ず自宅からの継続した介護が必要です。) ・ 自宅からの移動方法：		

※記入欄が不足する場合は、裏面または別葉に記載しても差し支えありません。

長門市記載欄	院内介助算定 (適 ・ 不適當)	平成 年 月 日	高齢障害課介護保険係
--------	--------------------	----------	------------