

サービス提供困難ケースの状況について

事業所名			
利用者の状況	氏名		被保険者番号
	住所		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	自立度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A (A1 A2) <input type="checkbox"/> B (B1 B2) <input type="checkbox"/> C (C1 C2)	
	認知症	<input type="checkbox"/> 認知症無 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II (IIa IIb) <input type="checkbox"/> III (IIIa IIIb) <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	年齢	<input type="checkbox"/> ( ) 歳	
身体状況	<input type="checkbox"/> 障害 (有 無) 身障 ( ) 級・度 <input type="checkbox"/> 現疾患 ( )		
その他	<input type="checkbox"/> 特記事項 (生活保護世帯・ )		
家族の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 (身寄りあり・身寄りなし) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
困難な 主たる要因	<input type="checkbox"/> 家族 (配偶者 子供 兄弟 親戚) <input type="checkbox"/> 利用者本人		
	<input type="checkbox"/> 粗暴 <input type="checkbox"/> 要求過多 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 受入れ拒否 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
サービス提供困難の具体的内容		取り組みの経緯・課題問題点等	
①家族構成  ②現行サービス		取り組みの経緯          課題・問題点等	
地域包括支援センターへの支援依頼事項			
検討結果			

※介護支援専門員等は太枠の部分を記入して提出して下さい。