届　出　書

　　年　　月　　日

石井町長　　様

事業所名

管理者名

（担当介護支援専門員名　　　　　　　　　）

通院等乗降介助における家族の同乗について

　以下の者について、居宅サービス計画に通院等乗降介助を位置づけるとともに、家族の同乗について検討し、理由のあるものと判断しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 要介護度 |  | 認知症自立度 |  |
| 同乗する家族 | 氏　　　　名 |  | 続柄 |  |
| 住　　　　所 |  |
| 状　　　　態 | ※被保険者の乗降介助ができない状態である。　□チェック欄 |
| 医学的所見の確認 | 医療機関名 |   |
| 担当医師名 |  | 所見確認日 | 　　年　　月　　日 |
| 同乗が必要な理由 | □　認知症または精神疾患があり、家族がいないと精神的に不安定になるために、輸送の安全性を保つことが難しい利用者□　認知症、精神疾患、失語症が原因で症状を医師に伝えることができないために、本人だけでは通院の目的が果たせない利用者が、認知症・難聴などにより主治医に対し十分なコミュニケーションがとれず、家族等により病状の説明等を行う必要がある。□　痰の吸引が必要等乗車中家族による介護が必要な利用者□　その他特段の事情がある場合（具体的に記載）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）居宅サービス計画　第１表～第４表を添付すること。