

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	様 (年 月 日生)	被保険者番号
	住所		
	要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / 、認定調査日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者	
	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(II a II b) <input type="checkbox"/> III(III a III b) <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	性別年齢	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 ()歳	
	障害	<input type="checkbox"/> 障害(身体・知的・精神)(種 級・度)	
身体状況	<input type="checkbox"/> 現疾患や特記事項 ()		
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・遺族・障害・その他) <input type="checkbox"/> 生活保護		
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅		
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"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 受入れ拒否 <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	
いきいき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入力して提出して下さい。