（重度訪問介護用）

支給基準量を超えて利用するための理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | Ｓ ・ Ｈ ・ Ｒ　　　　年　　　月　　　日 | | | 年齢 | 歳 |
| 障害支援区分 | ４　・　５　・　６ | | | | 要介護度 | | | 非該当　要支援１　・　２　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | |
| 疾病名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | | | | | | | |
| 居住環境 | □単身　　　　　□家族と同居　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 本人の状態像 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 特記事項（詳しい心身の状況等を記載） | | | | | | | | | |
| 移乗 | □ | □ | □ |  | | | | | | | | | |
| 歩行 | □ | □ | □ | □車いす　　□杖　　□歩行器　　□装具・補装具使用 | | | | | | | | | |
| 排尿 | □ | □ | □ | □トイレ　　□ポータブル　　□尿器　　□オムツ | | | | | | | | | |
| 排便 | □ | □ | □ | □トイレ　　□ポータブル　　□尿器　　□オムツ | | | | | | | | | |
| 精神面 | □幻視・幻聴　　□興奮　　□妄想　　□自傷　　□他害　　□介護への抵抗　　□昼夜逆転  □不眠　　□危険行為　　□こだわり　　□不潔行為　　□異食行為　　□意思疎通困難  □徘徊　　□認知　程度(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　□注意欠陥/多動　　□強度行動障害  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 医療的ケア | □膀胱留置カテーテル　　□スト-マ（人工肛門・人工膀胱）　　□気管切開　　□喀痰吸引　　□酸素療法  □じょくそう　　□人工呼吸器　　□経管栄養（経鼻胃管・胃ろう）　□ネブライザー  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　家族での対応：□可　　□不可 | | | | | | | | | | | | |
| 家族・介護者の状況 |  | | | | | | | | | | | | |
| 本人・家族の  意向 |  | | | | | | | | | | | | |
| 現在受けている  サービス | サービス名 | | | | | 現在の支給量 | | | | 希望支給量 | 対象期間 | | |
|  | | | | |  | | | |  |  | | |
|  | | | | |  | | | |  |  | | |
|  | | | | |  | | | |  |  | | |
|  | | | | |  | | | |  |  | | |
|  | | | | |  | | | |  |  | | |
| サービス支給量を超過する理由 | （支給時間を超過する根拠や理由を具体的に明記する） | | | | | | | | | | | | |
| 今後の方針 |  | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり，理由書を提出します。

年　　　月　　　日

指定特定相談支援事業所名

相談支援専門員氏名

【注意】

この理由書は，支給量を超える必要性について判断するための資料になりますので，できるだけ具体的に明記してください。