

サービス調整票 (ステップ1)

年 月 日

介護支援事業	介護サービス
事業所名	
事業所番号	
担当者名	
TEL	
FAX	
E-Mail	

送信
(月 日)

返信
(月 日)

介護支援事業	介護サービス
事業所名	
事業所番号	
担当者名	
TEL	
FAX	
E-Mail	

*別添資料 (本誌含まず) _____ 枚

*別添資料 (本誌含まず) _____ 枚

返信期日: 月 日迄

希望サービス名	(訪問介護の時 身体・生活・乗降)
概ねの住所	要介護度
概ねの年齢 歳位 性別 (男・女) 世帯区分 (独居・昼間独居・同居)	介護保険 (内・外・併用)
障害者手帳 有・無 障害区分申請 有・無 障害区分 1・2・3・4・5・6	介護保険負担割合 割
自立度 <input type="checkbox"/> J 一部自立 <input type="checkbox"/> A 準寝たきり (A1, A2) <input type="checkbox"/> B 寝たきり (B1, B2) <input type="checkbox"/> C 寝たきり (C1, C2)	
認知症 <input type="checkbox"/> なし <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	
感染症 有・無 (感染症名: _____) 主な病名 _____	
希望するケア内容	特記事項
<input type="checkbox"/> 入浴:	
<input type="checkbox"/> 食事:	
<input type="checkbox"/> 送迎:	
<input type="checkbox"/> 排泄:	
<input type="checkbox"/> 医療処置:	
<input type="checkbox"/> その他:	

送信	サービス開始予定日 月 日~
	希望曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 サイクル (毎週・隔週・その他) ()
	希望時間
	不可日時
	送信記述 _____ _____ _____

返信	受入 可能・不可能・要相談
	サービス開始可能日 月 日~
	可能曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 サイクル (毎週・隔週・その他) ()
	可能日時
	返信記述 _____ _____ _____