

介護(看護)状況報告書

令和 年 月 日

南アルプス市長 殿

保護者による親族の介護(看護)状況について、次のとおり報告します。

介護(看護)をする人		介護(看護)をする人・ 受ける人の 関係	介護(看護)を受ける人			
氏名	(ふりがな)		氏名	(ふりがな)		
生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日		
住所			住所			
介護(看護)を実施している 場所等について		<input type="checkbox"/> 介護(看護)をする人・受ける人が同居する自宅				
		<input type="checkbox"/> 介護(看護)を受ける人が入院(入所)する施設				
		<input type="checkbox"/> 介護(看護)を受ける人の通院・通園・通所等のつきそい				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
介護(看護)を受ける人の 世帯状況 (別居の場合のみ)		氏名	続柄	勤務先・学校名等	日中の介護	
					<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
					<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
					<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
					<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
介護(看護)をはじめた年月日		年 月 日				
介護(看護)を受ける人の状況		<input type="checkbox"/> 障害 ※ 障害者手帳等のコピーを添付する				
		<input type="checkbox"/> 疾病等 (認知症を含む) ※ 診断書を添付する				
介護(看護)の状況	介護(看護)に関わっている時間等		時 分 ~ 時 分 (従事時間 時間 分) / 週 日			
			時 分 ~ 時 分 (従事時間 時間 分) / 週 日			
			時 分 ~ 時 分 (従事時間 時間 分) / 週 日			
	デイサービス等 介護サービスの利用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 介護福祉課との連携: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
			時 分 ~ 時 分 / 月 日			
			時 分 ~ 時 分 / 月 日			
			時 分 ~ 時 分 / 月 日			
	介護(看護)の内容		歩行: <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要		排泄: <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要	
			入浴: <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要		衣服の着脱: <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要	
			食事: <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不要			
状況の説明 (なるべく詳細に)						
通所方法: <input type="checkbox"/> 介護(看護)をしている人が送迎 <input type="checkbox"/> 施設による送迎						

介護(看護)の状況	入院(入所)の場合	入院(入所)施設名	(施設種類: <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> その他)							
		入院(入所)期間	年	月	日	～	年	月	日	/ <input type="checkbox"/> 退院(退所)日未定
		付き添い時間	時	分	～	時	分	(従事時間 時間 分) / 週	日	
			時	分	～	時	分	(従事時間 時間 分) / 週	日	
			時	分	～	時	分	(従事時間 時間 分) / 週	日	
	付き添い内容 (なるべく詳細に)									
	通院・通園・通学等の付き添い	施設(勤務先等)名	①	(施設種類: <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 学校等 <input type="checkbox"/> 障害児(者)通所施設 <input type="checkbox"/> その他)						
			②	(施設種類: <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 学校等 <input type="checkbox"/> 障害児(者)通所施設 <input type="checkbox"/> その他)						
			③	(施設種類: <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 学校等 <input type="checkbox"/> 障害児(者)通所施設 <input type="checkbox"/> その他)						
		通院等にかかる時間 及び介護(看護)時間	①	時	分	～	時	分	(所要時間 時間 分) / 月	日
			②	時	分	～	時	分	(所要時間 時間 分) / 月	日
			③	時	分	～	時	分	(所要時間 時間 分) / 月	日
移動手段	<input type="checkbox"/> 介護(看護)している方が送迎 <input type="checkbox"/> 施設等が送迎 <input type="checkbox"/> その他()									
付き添い内容 (なるべく詳細に)										
その他	介護(看護)に関わっている時間等	時	分	～	時	分	(従事時間 時間 分) / 週	日		
		時	分	～	時	分	(従事時間 時間 分) / 週	日		
		時	分	～	時	分	(従事時間 時間 分) / 週	日		
介護(看護)の内容 (なるべく詳細に)										

その他、特に留意すること

上記の通り、報告いたします。

南アルプス市長 殿

年 月 日

介護(看護)者 住所

氏名 (印)

電話番号

上記の通り、介護(看護)者に介護(看護)を委任していることを証明します。

年 月 日

被介護(看護)者の住所

世帯代表者
(別居の場合のみ) 氏名 (印)

電話番号

保護者記入欄	保護者氏名 (証明を受けた方)	(印)		電話番号	
	保育認定 児童氏名				
	在籍施設名				