

介護保険対象者の引継ぎ書(予防給付・介護給付) 記入例

担当者が受け持ち始めた日から、受け持ち終了期間		引き継いだ後、該当する給付区分を選択。		記入日：平成 18 年 5 月 15 日		
利用者名				T	S 年 月 日 (歳)	
担当期間	平成 17 年 1 月 15 日 ~ 平成 18 年 5 月 31 日					
変更理由	入所 転居 死亡 自立 事業者の都合 利用者の都合 その他 ()					
要介護認定状態区分	要支援 1・2・経過的要介護 要介護 1・2・3・4・5	有効期間	H18 年 6 月 1 日 ~ H18 年 11 月 31 日			
経過 (要約)	介護保険の申請理由、受け持ち期間内でのサービスの変化、及び利用者の状態を記入。基本的に、添付書類に記入していない内容の他に、支援経過内容等、次の担当者に確実に伝達したい内容を要約し記入する。 (例) H17 年 11 月に自宅で転倒し、大腿骨頸部内側骨折にて 病院に入院。人工骨頭置換術を施行。独居で介護者が遠方にいるため、浴室やトイレ掃除の介助、継続リハビリを行うためデイケアの参加を希望し、要介護認定の申請をする。H18 年 1 月にデイケアと訪問介護(浴室・トイレ掃除のみ)のサービスを利用開始。デイケアに参加し、表情が明るくなり、つまづくことも少なくなる。今回、要支援 1 と認定されたが、月末で事業所を閉所することとなったので、マネジメント業務の継続を依頼する。利用者は継続して、サービスの利用を希望。掃除については自立できるまで(目標は 8 月まで)と説明済み。					
サービス利用状況	介護予防訪問介護	・	(事業者名:		電話:)
	介護予防通所リハ	・	(事業者名:		電話:)
	介護予防通所介護	・	(事業者名:		電話:)
	現在、利用サービスと事業者名・連絡先を記入					
			(事業者名:		電話:)
	訪問介護	(1 回 / 週)	(事業者名:	事業所	電話:	-1234)
訪問看護	(回 / 週)	(事業者名:		電話:)	
訪問リハ	(回 / 週)	(事業者名:		電話:)	
通所リハ	(回 / 週)	(事業者名:		電話:)	
通所介護	(2 回 / 週)	(事業者名:	事業所	電話:	-5678)	
緊急通報システムや配食サービスも含む	用具貸与:(品目			(事業者名:	電話:)
	住宅改修 (改修の種類:手すり設置(トイレ)			(事業者名:	電話:)
	他((事業者名:	電話:)
	((事業者名:	電話:)

事業者名： 担当： 様に

平成 年 月分からケアマネジメント業務の変更をお願いします。

なお、利用者への説明・同意は、平成 年 月 日に済んでいます。

事業者名：

電話：

担当介護支援専門員：

印

添付書類 予防給付： 利用者基本情報・基本チェックリスト・介護予防サービス・支援計画表
 介護給付： 利用者基本情報・ 1~5 表(直近) 6 表(過去半年) 7, 8 表(前月)