

小規模多機能型居宅介護 利用状況連絡票

年 月 日

事業所名 _____

次の被保険者の利用状況(開始・終了)について報告します。

開始・終了年月日	年 月 日								
被保険者番号									
要介護度	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2
フリガナ									
被保険者氏名									
住所									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女	
利用前の状況	1. 介護保険施設入所（特養・老健・療養型） 2. 医療機関に入院 3. 居宅介護(予防)サービスを利用 4. 在宅 5. その他()								
終了の理由	1. 介護保険施設入所（特養・老健・療養型） 2. 医療機関に入院 3. 居宅介護(予防)サービスを利用 4. 在宅 5. 死亡 6. その他()								