年　　月　　日

通院等介助による院内介助に係る理由書

事業所名称

事業所電話番号

相談支援専門員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  年　　月　　日(　　歳) |
| 受給者氏名 |  | 支援区分 |   |
| 受給者住所 |  |
| 院内介助を実施する医療機関名等 | 医療機関名　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　傷病名 |
| 医療機関への介助依頼 | 未・済 | 依頼経緯結果 | （医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 院内介助が必要な理由（心身の状況を踏まえ具体的に記載）※足りない場合は別紙(任意書式)を追加してください。 |  |