作成日　　年　　月　　日

短期入所サービス利用に関わる記録簿

被保険者名	被保険者番号
要介護度	認定有効期間
要支援１・２　要介護・１・２・３・４・５	年　月　日～　年　月　日
利用短期入所サービス事業所名	

利　用　月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
短期入所日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
利　用　月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
短期入所日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日

短期入所利用日数（計）／認定有効期間日数	日　／　日
特別養護老人ホームの入所申込状況	済（施設数　，当初申込時期　年　月）・　無

利用者の心身の状況や環境及び半数を超える利用の必要性

短期入所利用日以外の状況

居宅介護支援事業所名　　作成者

（連絡先 TEL：　　）