**利用者を静養室で受け入れた場合の報告書**

長崎市長　様

　下記の利用者について、静養室において緊急に受け入れることが必要である状況等について、次のとおり報告します。

【（介護予防）短期入所生活介護事業所】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 報告年月日 | * 平成　　年　　月　　日 | * ※利用者受け入れ日から7日以内 |
| 事業所名 |  | 事業所番号  （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先　　　　　　　　　　　　　担当者名 | |
| 利用者氏名 |  | |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　年　　　月　　　日 | |
| 被保険者番号 |  | |
| 受け入れ  （予定）期間 | 平成　　年　　月　　日（　　）～平成　　年　　月　　日（　　）   * 受け入れ期間は7日（家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）を限度とします。 | |

以下は介護支援専門員が記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | 事業所番号  （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所連絡先 |  | | |
| 介護支援専門員名 |  | | |
| 緊急やむを得ない理由 | ※できるだけ詳細に記入してください。 | | |
| 居室での受け入れについて確認を行い、受け入れが不可であった（介護予防）短期入所生活事業所名 | 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| 5 |  | |
| 6 |  | |
| 7 |  | |
| 8 |  | |
| 9 |  | |
| 10 |  | |
| * 介護支援専門員は、可能な限り多数の（介護予防）短期入所生活介護事業所に受け入れの可否について問い合わせてください。 | | |