

介護支援専門員等意見書

小倉メナー施設長 様

記入日 年 月 日

本人氏名	生年月日	M・T・S 年 月 日生 (歳)
------	------	-------------------

* 障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
* 認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
* 在宅サービス利用状況(限度額割合)					
<input type="checkbox"/> 100%以上	<input type="checkbox"/> 80%以上	<input type="checkbox"/> 60%以上～80%未満	<input type="checkbox"/> 35%以上～60%未満	<input type="checkbox"/> 10%以上～35%未満	<input type="checkbox"/> 10%未満

主たる介護者・家族状況

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他	主介護者の年齢	歳 (男・女)
主介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 無	主介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
主介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
主介護者の育児・家族の看病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	他の同居介護候補者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
主介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 消極 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 積極	別居血縁協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> 殆どなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり		

<入所への意見>

* 印は入所優先順位を判定するため点数化します。

記載者名 _____ 印
事業所名 _____
電話番号 _____

<お願い>

- 記入後は、直接施設へお願い致します。
- 添付書類
 - ・申込月を含む3ヶ月の在宅サービス利用票・実績表(コピー可)。
 - ・入院、入所期間が3ヶ月以上の場合は在宅サービス利用票・実績表は不要。