

介護支援専門員等意見書

記入日 令和 年 月 日

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

■ 本人の状況

障害高齢者の日常生活自立度	<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
認知症高齢者の日常生活自立度	<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
行動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 独語)
精神障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄)
性 格	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 控え目 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> その他 ()
対人関係	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 人の輪にとけ込みにくい <input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 関心なし
介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ある程度可 <input type="checkbox"/> 不可

■ 在宅サービス利用状況

在宅サービス限度額割合	<input type="checkbox"/> 100%以上 <input type="checkbox"/> 70%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%以下
-------------	---

■ 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 ()
介護者の年齢	歳
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 重い
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職業 日/週 時間/日)
他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要支援・ <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5)
介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 積極的
他の同居介護協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄 日/週程度)
同居以外の介護協力者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄 日/週程度)
近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有

■ 入所（入居）への意見

記載者氏名 _____

事業所名 _____

電話番号 _____