

介護支援専門員意見書

年 月 日

入所希望者氏名

認知症による 不適応行動	日常生活自立度 □ J □ I □ II □ III □ IV □ M				
問題行動	無・有 (徘徊・暴言・暴力行為・失禁・異食・不穏行動・昼夜逆転)				
精神障害	無・有 (妄想・幻覚・幻聴・夜間せん妄)				
性 格	穏やか 朗らか 親しみやすい 無口 頑固 短気 几帳面				
対人関係	拒否的 普通 協調的 人の輪にとけ込みにくい				
介護への抵抗	無・有 (重度・中度・軽度…)				
意志疎通	可	ある程度可	不可	認知能力	自立 いくらか困難 不可

在宅サービス状況

在宅サービス 限度額割合	□ 70%以上	□ 50%以上	□ 30%以上	□ 30%以下
-----------------	---------	---------	---------	---------

主たる介護者・家族状況

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他
介護者の年齢			
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
介護者の障害や疾病	無・有 ()		
介護者の就労	無・有 (職業等	日/週	時間/日
他の要介護者	無・有 (要支援・要介護 1・2・3・4・5)		
介護者の育児・家族の病気	無・有 ()		
介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的 ふつう 積極的
同居以外の介護協力者	無・有 (続柄 日/週程度)		
近隣者等の介護協力	無・有 (日/週程度)		

介護支援専門員の入所への意見

記載者名 _____ 印 _____

事業所名 _____

電話番号 _____

備 考

本意見書の有効期限は1ヶ年とします。

尚、後日上記記載事項に変更になった場合は連絡をお願いいたします。

添付書類 申込み月を含む前3ヶ月(入院・施設入所期間を除く)の在宅サービス提供表
(ただし、入院・入所期間が3ヶ月以上の場合は不要) (コピー可)