

介護支援専門員意見書

入所希望者氏名 _____

現況	<input type="checkbox"/> 自宅（単身・同居） <input type="checkbox"/> 施設（病院）に入所（入院）中 施設（病院）名称：
----	---

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
------	---	---	---	---	---

認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-------------	-------	------	------	----

※「なし」以外の場合、必ず裏面の「認知症の状況」の該当する項目に✓の記入をお願いします。

2. 居宅サービスの利用頻度

居宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

※直近3か月分のサービス利用表のコピーも添えて下さい。

3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	1人暮らし	高齢者のみ	その他()
①主たる介護者の年齢・続柄	歳（続柄： ）		
②介護者の障害・疾病	なし	あり() 介護は困難 ・ 多少は介護 ・ 介護は可能	
③介護者の就労	なし 就労不可能	あり（職種等： ） 勤務 日/週 時間/日	
④介護者の育児・家族の病気	なし	あり(時間/日)	
⑤他の同居介護補助者	なし	あり（続柄： ） 日/週 程度	
		あり（続柄： ） 日/週 程度	
⑥別居血縁者の介護協力	なし	あり（続柄： ） 日/週 程度	
		あり（続柄： ） 日/週 程度	

4. 家庭介護の状況及び特記事項

作成者所属		担当者	印
連絡先電話番号		作成年月日	平成 年 月 日

⇒お手数ですが裏面もご記入下さい。

《ご利用希望者の現在の様子をお知らせください》

介護保険情報

被保険者番号		保険者名 新潟市・他 ()
要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

身体状況

視 力	<input type="checkbox"/> 不自由なし <input type="checkbox"/> 新聞の見出し程度 <input type="checkbox"/> 物の輪郭程度 <input type="checkbox"/> 全盲
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通の声で聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴
発 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 「はい」、「いいえ」のみ
意思表示	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> だいたいできる <input type="checkbox"/> 基本的なもの（排泄・食事等）はできる <input type="checkbox"/> しているようだが理解しにくい
話の了解	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できるが少し的外れる <input type="checkbox"/> 部分的に理解できる <input type="checkbox"/> 反応はあるが理解していない
①麻痺： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	②拘縮： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
③硬直： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	④褥瘡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
歯： <input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯（上・下） <input type="checkbox"/> 総義歯（上・下）	
眼 鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

基本動作・日常生活動作

①起き上がり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ②立ちあがり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ③立位保持： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
④座位保持： <input type="checkbox"/> 可（時間 くらい） <input type="checkbox"/> 不可 ⑤体位変換： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
⑥転倒： <input type="checkbox"/> よく転倒する <input type="checkbox"/> たまに転倒する <input type="checkbox"/> 転倒しない	
⑦衣類着脱： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子（自操 可・不可） <input type="checkbox"/> 寝たきり
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（一人介助・複数介助・他 ()
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（内容 ()
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ
	尿便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 失禁 <input type="checkbox"/> 有（頻度 () <input type="checkbox"/> 無
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
	主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み
	方法： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 嚥下障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	カロリー制限： <input type="checkbox"/> 有 (kcal) <input type="checkbox"/> 無
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（一人介助・複数介助・他 ()
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴

認知症の状況（認知症による不適応行動について）

<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 火の始末や管理ができない <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声出し <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 帰宅欲求 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 他 ()
--

医療の状況

<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析

ご記入ありがとうございました。