

# 介護支援専門員意見書

入居希望者氏名 \_\_\_\_\_

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. 家族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	令和 年 月 日	

⇒お手数ですが裏面もご記入下さい。

## 《入居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	年 月 日 ~ 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が外れる <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

### 認知症の症状（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。