

記入日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

介護支援専門員意見書 (新規・変更)

入所希望者 氏名：

1 本人の状況

要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1				
認知症による不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし								
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	

2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上	<input type="checkbox"/> 30%未満
現在利用中のサービス				

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
②主たる介護者の年齢・続柄	_____歳 (続柄 _____)
③介護者の障がい・疾病 ※「あり」の場合は介護可能かどうかを3つの中から選択してください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護 <input type="checkbox"/> 介護可能
④介護者の就労 ※「あり」の場合は (a) 週就労日数及び (b) 勤務時間について選択してください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高齢のため就労不能 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> あり (a) <input type="checkbox"/> 週5日以上勤務 <input type="checkbox"/> 週3～4日勤務 <input type="checkbox"/> 週1～2日勤務 (b) <input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 1日4～8時間未満 <input type="checkbox"/> 1日4時間未満
⑤介護者の育児・家族の病気 ※「あり」の方は育児看病の内容について3つの中から選んでください。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )  <input type="checkbox"/> 常時育児看病あり <input type="checkbox"/> 半日育児看病あり <input type="checkbox"/> 臨時的に育児看病あり
⑥他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり ( _____日/週程度)
⑦別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり ( _____日/週程度)

4 その他特に勘案すべき点等

(作成者所属)

(担当者)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 印

