

# 介護支援専門員意見書

(社会福祉法人幸充 ライフ穂高)

年 月 日

入所希望者氏名

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"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
行動障害	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	普通 協調的 人の輪にとけ込みにくい 拒否的 攻撃的					
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	<input type="checkbox"/> 100%以上	<input type="checkbox"/> 70%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 50%以下
-----------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

主たる介護者・家族状況

世帯の状況	独居 高齢者世帯 他(具体的に )
介護者の年齢	歳
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
同居以外親族の介護協力者	無・有 (続柄 日/週程度)
近隣者等の介護協力	無・時々有・常時有

担当介護支援専門員の入所への意見

担当者名

事業所名

電話番号

※ お願い事項

- ・ 本意見書の有効期限は作成日より1ヶ年とします。
- ・ 尚、後日上記記載事項が変更になった場合は、担当者へ連絡をお願い致します。