

介護支援専門員意見書

作成日：平成 年 月 日

入所希望者氏名： _____

1. 本人の状況

① 要介護度

ア、要介護度1 イ、要介護度2 ウ、要介護度3 エ、要介護度4 オ、要介護度5

② 痴呆による不適応行動

ア、非常に多い イ、やや多い ウ、少しあり エ、なし

※不適応行動の状況

2. 在宅サービスの利用度

① 在宅サービス利用限度額割合

ア、60%以上 イ、50%以上 ウ、30%以上 エ、30%未満

3. 介護者・家族等の状況

① 世帯の状況

ア、独居世帯 イ、高齢者（70歳以上）のみの世帯 ウ、その他（ _____ ）

② 同居の主たる介護者の年齢・続柄

ア、年齢 _____ 歳 イ、続柄 _____

③ 介護者の障害・疾病

ア、なし イ、あり ・障害、疾病名（ _____ ）
・介護能力（介護は困難 ・多少は可能 ・介護は可能）

④ 介護者の就労

ア、なし イ、あり ・職種等（ _____ ）
・勤務状況（ _____ 日/週 _____ 時間/日）

⑤ 介護者の育児・家族の病気

ア、なし イ、あり ・内容、状態（ _____ ）

⑥ 他の同居介護補助者

ア、なし イ、あり（続柄： _____ ）（介護状況： _____ 日/週程度）

⑦ 別居血縁者の介護者の介護協力

ア、なし イ、あり（続柄： _____ ）（介護状況： _____ 日/週程度）

4. 医療の状況

① 現在うけている医療処置、対応

ア、点滴の管理 イ、中心静脈栄養 ウ、透析 エ、ストーマ（人口肛門）の処置
オ、酸素療法 カ、褥瘡の処置 キ、疼痛の看護 ク、経管栄養
ケ、カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）

② 現在治療中の病気

病名	入院・通院医療機関名	期間
		年 月 日～
		年 月 日～
		年 月 日～

③ 既往歴

病名	入院・通院医療機関名	期間
		年 月 日～年 月 日
		年 月 日～年 月 日
		年 月 日～年 月 日

事業署名 _____

担当介護支援専門員 _____

印 _____