

介護支援専門員意見書

申込番号No. _____

記入日 平成 年 月 日

氏名	生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
----	------	----------------

障害高齢者の日常生活自立度	<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
認知症高齢者の日常生活自立度	<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

在宅サービス利用状況

在宅サービス限度額割合	<input type="checkbox"/> 70%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%以下
-------------	---

主たる介護者・介護状況

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他
主たる介護者の年齢	歳
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし
介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職業 _____ <input type="checkbox"/> 日/週 _____ <input type="checkbox"/> 時間/日 _____)
他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 積極的
他の同居介護候補者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (続柄 _____ 日/週程度)
別居血縁者協力協議	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 日/週程度)
近親者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり

入所への意見

記載者氏名 _____ ⑩ 事業所名 _____
電話番号 _____

備考：本意見書の有効期限は1カ年とします。

なお、上記記載事項が変更になった場合は連絡をお願いいたします。

社会福祉法人 孝悌会
特別養護老人ホーム たきべ野