

介護支援専門員意見書

記入日 令和 年 月 日

(フリガナ) 申込者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 ()歳	
事業所名				
介護支援専門員氏名			TEL — —	
入居申込者の状況				
移動	歩行手段		転倒の有無	
	歩行状況		両足立位	
	移 乗		座位保持	
食事	食事内容		介助内容	
	嚥下状態		食事摂取量	
	特記事項			
排泄	排泄方法		失禁状況	
	介助内容		尿、便意	
	特記事項			
清潔	口腔衛生			
	洗顔			
	整髪			
入浴	入浴方法	一般浴 ・ 坐浴 ・ 寝台浴	洗身介助内容	
衣類の着脱	介助状況			
薬の内服	介助状況			
認知症の状況	認知症高齢者の日常生活自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <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			
	日常の意思決定能力:			
	意思の伝達・介助への反応:			
	短期記憶:			
	日課・季節・場所等の理解:			
	夜間睡眠状況:			
	精神・行動障害の程度: 有 ・ 無 (介護に著しく支障が生じている場合のみ有とし、それ以外は無としてください)			
内容:				
知的障害・精神障害の程度	有 ・ 無	有の場合:療育手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 身体障害者手帳 級		
身体の状況	身長: _____ cm		体重: _____ kg	
	おもな疾病、既往歴:			
	褥瘡(皮膚疾患)の有無:			
	感染症、アレルギーの有無:			
特記事項:				
在宅介護が困難な理由、在宅生活継続の可能性等				
入居受入の緊急性について	入居受入の緊急性: 至急 ・ 普通 ・ 急がない (当てはまる項目を○で囲み、至急の場合はその理由を記入してください)			
	理由			

居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいない場合は、他の適当な方(病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載してください。

特例入居(要介護1・2の方が対象)の要件に該当する事由について

●該当する事由に印を付けてください。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である

●該当する事由の具体的内容について記載してください。