様式第2号

**介護支援専門員意見書**

* 病院等に入院されていてケア・マネジャーのいらっしゃらない方は看護師・相談員等にご協力を依頼

してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **入所申込者氏名** | |  |
| **ご本人の**  **状況** | １.身体の状況について  歩行　自立　見守り　一部介助　全介助　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 入浴　自立　見守り　一部介助　全介助　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 排泄　自立　見守り　一部介助　全介助　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 食事　自立　見守り　一部介助　全介助　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 着脱　自立　見守り　一部介助　全介助　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| その他（具体的に） | |
|  | |
|  | |
| ２.認知症について（具体的症状について記入） | |
| Ⅰ　認知症はあるが、日常生活はほぼ自立　　Ⅱa b　日常生活に支障あり、誰かが注意していれば自立 | |
| Ⅲa b　意思疎通の困難さ介護必要　　　　　Ⅳ～Ｍ 常に介護、著しい精神症状 | |
| \*問題行動について具体的症状を記入 | |
|  | |
|  | |
| ３.疾患について（医療器具使用なども記入） | |
|  | |
|  | |
| **介護者の**  **状況**  **(年齢 　 )** |  | |
|  | |
|  | |
| **居住環境、介護環境** |  | |
|  | |
|  | |
| **その他留意すべきこと** |  | |
|  | |
|  | |
| **特例入所要**  **件に該当す**  **ると思われ**  **る状況**  **(具体的に)** | 要介護1又は2の方については必ず記入してください。 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **記　入　者**  **氏　名** |  | **記入日** | 年　　　月　　　日 |
| **記　入　者**  **所属事業所等** | ☎ | | |