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** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |