



## 介護支援専門員等意見

( 年 月 日現在)

※現状が確認できるフェイスシートの添付をお願いします。

入居申込者氏名	
被保険者番号	
介護認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日 要介護 1 2 3 4 5

## 1 在宅（現在の居所）での介護の継続について（いずれかに○）

 現在の状況で継続可能 居宅サービスの追加等で継続可能 在宅（現在の居所）での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載

継続困難な理由

## 2 特記事項

## (1-1) 本人の生活等の状況

--

## (1-2) 本人の既往現病(入院及び手術有無、服薬内容)

--

## (2) 家族等介護者の状況

--

介護支援専門員等	事業所名	氏名
	(TEL : )	

注) この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入してください。

生活の拠点	記入する方
在宅	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、グループホーム、指定特定施設入居者生活介護事業所	当該施設の介護支援専門員
医療機関（介護療養型医療施設を除く）	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・介護支援専門員等
その他施設	上記に準ずる職種の方

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字が読める <input type="checkbox"/> かすんで見える <input type="checkbox"/> まったく見えない (眼鏡 有 無)
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> まったく聞こえない (補聴器 有 無)
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し障害がある <input type="checkbox"/> 障害がある (伝達手段:筆談・身振り・表情)
意思 伝達	<input type="checkbox"/> 自分の意思を伝えられる <input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない
精神症 状関係	認知症状 (有・無) 意思疎通 (可能・曖昧・困難) 幻覚・妄想・物忘れ・失認・意識障害・自傷行為・攻撃・暴力・暴言・不潔行為 奇声・大声・異食収集癖・徘徊・不安・興奮・感情表現・その他
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かの支えが必要 (杖・手すり・シルバーカー・歩行器) <input type="checkbox"/> できない (車椅子:自走可能・全介助)
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立ち 上がり	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
起き 上がり	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
座位 保持	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
食事 摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) 主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他 右・左 箸・スプーン・フォーク エプロン:(有・無) 食欲(良好・普通・不良) 食事時間:早い・普通・遅い( ) 分位) 食事制限(有・無) 義歯(有・無)
咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> その他( )
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> その他( )
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット 尿意: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 便意: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
衣服 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助( )
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助( )