

## 優先入所 介護支援専門員 意見書

希望者氏名	
生年月日	年 月 日 歳
記入年月日	
記入者氏名	

### 1 入所希望者の状況

要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
認知症高齢者日常生活自立度	ランク <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

### 2 介護者の状況

※申請の際に入院又は入所中の場合は、入院又は入所前の介護者等の状況を記入してください。

(入院により状況が変わった場合は、退院後の状況を記入してください。)

世帯構成	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 独居
① 主たる介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 60歳未満 <input type="checkbox"/> 60歳～64歳 <input type="checkbox"/> 65歳～74歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上
	( )歳
② 障害又は疾病のある介護者の介護	<input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 介護困難(できない)
	(具体的に: )
③ 介護者の就労	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 4～7時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上又は就労不可能
	(具体的に: 週 日 (1日 時間)就労 )
④ 他の要介護者	<input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 要支援1又は2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2以上
	(具体的に: )
⑤ 介護者の育児又は看護	<input type="checkbox"/> 該当者なし <input type="checkbox"/> 随時育児看護 <input type="checkbox"/> 半日育児看護 <input type="checkbox"/> 常時育児看護
	(具体的に: )
⑥ 介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> 介護拒否
	(具体的に: )
⑦ 同居介護補助者の介護	<input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時(時々)あり <input type="checkbox"/> 該当者なし
	(具体的に: 週 日程度・続柄: )
⑧ 別居介護補助者の介助	<input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時(時々)あり <input type="checkbox"/> 該当者なし
	(具体的に: 週 日程度・続柄: )
⑨ 要介護者又は介護者の経済的負担	<input type="checkbox"/> 軽い(普通) <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> 非常に重い
	(利用者負担段階: <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 )
⑩ 居住環境	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 非常に問題あり <input type="checkbox"/> 住所なし
	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家

### 3 在宅サービス利用率(過去3か月の平均)

利用率	<input type="checkbox"/> 20%未満 <input type="checkbox"/> 20～40% <input type="checkbox"/> 40～60% <input type="checkbox"/> 60～80% <input type="checkbox"/> 80%以上
-----	---

※申請の際に入院又は施設入所中の場合は、入院又は施設入所前の利用率を記入してください。

生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器		<介護状況>	
		<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	<主食> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養		<介助状況>	
		<副食> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 紙パンツ		<介助状況>	
<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴	<input type="checkbox"/> 歩行浴 <input type="checkbox"/> 車椅子浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴		<介助状況> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記事項					
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない		身長	cm 体重 kg
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない		補聴器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> できない		問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 伝わりにくい <input type="checkbox"/> 伝わらない			<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為
	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮			<input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 暴力行為
		<input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> その他( )
特記事項					
医療・健康状況	主治医			連絡先	
	現疾患			既往歴	
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他( )			
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	皮膚刺激	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	湿疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 問題あり		褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	入れ歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 部分		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 介助必要
	便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名: )			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名: )			
特記事項					
【特記すべき意見】					