

入居についての介護支援専門員意見書

入居希望者氏名

1. 本人の状況

現在過ごしている所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護医療院(療養型施設) <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他()
要介護度	要介護 1 . 2 . 3 . 4 . 5
認知症による行動障害	非常に多い やや多い 少しあり なし
ある場合の内容	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他()

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上 50%以上 30%以上 30%未満
在宅サービス利用状況	かなり抑制している 一部抑制している 十分利用している 施設・病院入所中
介護者・住居の状況(入院者)	問題なし 住まいがない 居住性に問題がある 一部居住性に問題がある

3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居 高齢者世帯 その他()
介護者の年齢・続柄	年齢: 歳 続柄:
介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし
介護者の障害・疾病	無・有()
介護者の就労	無・有(職種 就労頻度 日/週 時間/日)
他の要介護者	無・有(要支援 1 2 要介護 1 . 2 . 3 . 4 . 5)
介護者の育児・家族の病気	無・有()
主たる介護者以外の介護協力	無・有(続柄 日/週程度) ※有場合の目安は、1日当たり2時間程度以上又は頻回以上とする。

4. 入居についての介護支援専門員の意見

身体的状況
精神的状況
その他(家族・住環境状況等)

作成日: 令和 年 月 日 事業所名:

作成者名: