

介護支援専門員意見書

利用者氏名 _____

1. 本人の状況

要 介 護 度	5	4	3	2～1
---------	---	---	---	-----

認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-------------	-------	------	------	----

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

①	世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他
②	介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳(本人からみた続柄)
③	介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
④	介護者が障害や疾病	無・有()		
⑤	介護者の就労	無		
		有(職種等	日/週	時間/日)
⑥	他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1 2 3 4 5)		
⑦	介護者が育児、家族が病気	無・有()		
⑧	介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的 普通
⑨	他の同居介護補助者	無・有(続柄) 日/週程度(時間/日)		
⑩	別居血縁者介護協力	無・有(続柄) 日/週程度(時間/日)		
⑪	近隣者等の介護協力	ほとんどなし	週1～3日程度	週4日程度以上

4. 特記事項及び意見

現 状	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 特養	<input type="checkbox"/> 老健	<input type="checkbox"/> 療養型	<input type="checkbox"/> グループホーム
	<input type="checkbox"/> その他()					
医療的処置()						

事業所名	TEL
意見書作成日 平成 年 月 日	意見書作成者 印

※ 利用者の状況等に変化が生じた時は、その都度提出してください。