様式第２号　（社会福祉法人豊聖福祉会用）

介護支援専門員及び施設相談員等意見書

１　入所希望者、保険者及び要介護度等　　入所希望者氏名：

(1) 保険者		(2) 保険者番号	
(3) 被保険者番号		(4) 要介護度	
(5) 認知症高齢者の日常生活自立度	自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M	(6) 障害高齢者の日常生活自立度	自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2

２　認知症等による不適応行動（一週間に概ね２回以上出る該当項目に○を付け、必要項目をご記入ください。）

1　被害妄想　・　2　暴言暴行　・　3　物を壊したり衣類を破く　・　4　作り話　・　5　大声を出す
6　介護者又は他人に対して抵抗　・　7　幻覚　・　8　不潔行為　・　9　自傷行為（内容　　）
10　幻聴　・　11　異食行為　・　12　自殺願望・行為（内容　　）
13　感情不安定　・14　火の不始末　・15　昼夜逆転　・16　収集癖　・17　同じ言動を繰り返す
18　徘徊⇒　1　落ち着きがない　・　2　一人で外に出たがり目が離せない

３　在宅サービスの利用度⇒(1)は、直近３か月の平均で選択ください。

(1)在宅サービス利用限度額に対する割合	1　70%以上	2　50%以上	3　30%以上	4　30%未満
(2)在宅の介護期間	1　一年超	2　一年～６か月	3　６か月未満	―
(3)在宅介護の継続性	1　継続困難	2　やや困難	3　継続可能	―

４　主たる介護者及び家族の状況

(1)世帯の状況	1　独居世帯　・　2　高齢者のみ世帯（同居　　人）　・　3　その他（同居　　人）
(2)主介護者の氏名等	氏名　　（入所希望者との続柄） 年　　月　　日生（　　歳）
(3)主介護者の病気・障害等	①障害及び病気⇒　1　なし 2　あり（障害名・病名　　） ②ありの場合：介護の困難度⇒　1　困難　・　2　多少困難　・　3　可能
(4)主介護者の就労状況	1　なし　・　2　あり（勤務時間⇒　８時間　・　４～８時間　・　４時間未満） 3　不可能※（　高齢　・　介護　・　病気　）　※不可能とは働きたくても働けない場合をいう。
(5)主介護者の育児・家族の看病・介護等	①育　児⇒　1　なし　・　2　あり（　常時　・　半日　・　臨時　） ②看病・介護等⇒　1　なし　・　2　あり（　常時　・　半日　・　臨時　） ＜病名・障害名＞（　　続柄　　） （　　続柄　　） ③要介護者　1　なし　・　2　あり（要介護度⇒　　続柄　　）
(6)他の同居介護補助者	1　なし　・　2　あり（続柄　　常時あり　・　随時あり⇒　　日／週）
(7)他の血縁者の介護協力	1　なし　・　2　あり（続柄　　常時あり　・　随時あり⇒　　日／週）
(8)家族等による深刻な虐待	1　なし　・　2　あり（続柄　　）
(9)特記事項	

作成年月日　　令和　　年　　月　　日

意見書作成 事業所　　作成者

電話番号　　（　　）