

介護支援専門員意見書（相談援助職員意見書）

記載日 年 月 日

認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2

在宅サービス状況

在宅サービス限度額割合	<input type="checkbox"/> 80%以上	<input type="checkbox"/> 80%～60%	<input type="checkbox"/> 60%～40%	<input type="checkbox"/> 40%～20%	<input type="checkbox"/> 20%以下
-------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

主たる介護者・家族状況

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他
介護者の年齢	歳		
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い 負担なし
介護者の障害や疾病	無 有 ()		
介護者の就労	無	有 (職業等	日/週 時間/日)
他の要介護者	無 有 (要介護区分:) (本人との関係:)		
介護者の育児・家族の病気	無 有 ()		
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 積極的
他の同居介護候補者	無	有 (続柄	日/週程度)
別居親族の介護協力	無	有 (日/週程度)
近隣者等の介護協力	ほとんど無し	随時あり	常時あり

介護支援専門員(相談援助職員)の入居への意見

記載者名 _____ 印 _____

事業所名 _____

電話番号 () _____

本人氏名	生年月日 M. T. S 年 月 日生 (歳)
------	--------------------------