

※ この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入居希望者の現在の状況をご記入ください。

(記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。)

記載日 令和 年 月 日

記載者 氏 名

入居希望者氏名

所 属

職 種

TEL

(1) 介護度(要支援・自立の方は、入居対象者外になります。)

要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1
------	------	------	------	------

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

M	IV	IIIb	IIIa	IIb	IIa	I
---	----	------	------	-----	-----	---

認知症検査をしている場合:検査日 年 月 日 ・HDS-R 点または・MMSE 点

(3) 現在の身体状況に該当する項目に○をつけてください

	A	B	C	特記事項(できる限りご記入または、○で囲んで下さい)
①食 事	介助が必要	見守り程度	自 立	摂食時間:約 介助用具: 食事形態:主食・ 副食・ 禁止(アレルギー)食品:有() 無
②入 浴	介助が必要	見守り程度	自 立	入浴に抵抗が ある ない 一般浴 シャワー浴 リフト浴 特殊浴
③洗 面	介助が必要	見守り程度	自 立	介助用具 ある() ない 歯 自歯 義歯:上 下 義歯洗浄:自立 介助 口腔ケア 自立 介助
④排 泄	介助が必要	見守り程度	自 立	尿便意が ある あいまい ない 不潔行為が ある ない 介助用具 ポータブルトイレ オムツ、パット 尿器 その他()
⑤移 動	介助が必要	見守り程度	自 立	移動手段 車椅子 シルバーカー 歩行器 その他() 転倒の危険性 要注意 注意 ない
⑥更 衣	介助が必要	見守り程度	自 立	協力動作 ある ない
特記事項:特別な配慮など				

(4) 直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください

	A	B	C	D	特記事項(できる限りご記入ください)
①火の不始末がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
②徘徊がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
③介護に対して抵抗がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
④暴言暴行や大声がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑤摂食異常がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑥不潔行為がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑦昼夜逆転がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑧その他の周辺症状	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑨その他の特記事項					

(様式2-2/2)

(5) 現在の介護状況に該当するものに○をつけてください

①身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	
②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難	
③介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
④介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	
⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	
⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	
⑦その他の事項	

(6) 現病名及び既往歴(発症年月)

(現病名)	(既往歴:褥瘡歴含)

(7) 特別な医療行為及び現処方薬

(医療行為名・内容・頻度)	現処方薬
	便秘薬・下剤等 有() 無 眠剤等 有() 無 禁止薬物 有() 無

(8) 特記事項 (在宅及び入所・入院先で生活継続困難な理由) *住居環境、経済状況、介護者の身体的・精神的状況なども含む。

--

(9) 外部サービスを利用している場合は、そのサービスに○をつけてその頻度をお願いします

・ホームヘルパー ・訪問看護	・配食サービス ・往診	・入浴サービス ・その他	・デイサービス ・無
-------------------	----------------	-----------------	---------------

(10) 日常生活(離床中どのようなことをされていますか)

起床時間・・	入床時間・・

(11) 入居後の注意点

--