

介護支援専門員意見書

記入日 年 月 日

入居申込者氏名					被保険者番号						
要介護度 5・4・3・2・1					保険者 小平市 他()						
認知症の周辺症状発生頻度 <input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし											
主 な 病 気				医 療 機 関				通 院 頻 度	か月に	週に	回
									か月に	週に	回
									か月に	週に	回
									か月に	週に	回
									か月に	週に	回
サ ー ビ ス 利 用 状 況	訪問介護	月	回	週	回	訪問看護	月	回	週	回	
	訪問入浴	月	回	週	回	訪問リハ	月	回	週	回	
	通所介護	月	回	週	回	通所リハ	月	回	週	回	
	短期入所生活介護	月	回	週	回	短期入所療養介護	月	回	週	回	
	福祉用具の貸与	月	回	週	回	居宅療養管理指導			週	回	
	その他										
身 体 等 の 状 況	視力	普通	やや悪い	ぼんやり見える	見えない	眼鏡	有	無			
	聴力	普通	やや悪い	耳元で大声	聞こえない	補聴器	有	無			
	言語	普通	不明瞭	相槌のみ	全く話せない						
	記憶	年齢相応	時々忘れる	ほとんど忘れる							
	意思疎通	通じる	ある程度通じる	通じにくい	全く通じない						
	麻痺	無	・ 右上肢	・ 左上肢	・ 右下肢	・ 左下肢	・ その他()				
	拘縮	無	・ 肩関節	・ 肘関節	・ 股関節	・ 膝関節	・ 足関節	・ 手指			
日 常 生 活 動 作	歩行	歩行できる 独歩 ・ ついた歩き ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ その他									
		歩行できない 普通型車椅子 ・ リクライニング車椅子 ・ その他									
	移乗	一人でできる	声掛けや見守りがあればできる	介助でできる							
	移動	一人でできる	声掛けや見守りがあればできる	介助でできる	できない						
	入浴	自立	見守り・声掛け	一部介助	全介助	清拭のみ					
	排泄	自立	見守り・声掛け	一部介助	全介助	オムツ	パルーン				
	食事	自立 準備のみ介助 一部介助 全介助 経管栄養									
		食事形態 常食 刻み 柔らか ミキサー									
	義歯	無	有(全部	一部	使用しない)						
	歯磨き	できる	一部介助	全介助	していない						
	更衣	できる	見守り・声掛け	一部介助	全介助	していない					
外出	している(介助 無・有) していない										
介護支援専門員の意見(施設入所の必要性、緊急性等)							居宅介護支援事業所				
							記入者氏名				

※申込時点の状況をご記入ください。

特別養護老人ホーム 晴風苑