

(別紙2)

| | | | |
|--------|-----|---------|--------|
| 一次判定 | 介護度 | 障害老人自立度 | 認知症自立度 |
| *施設記入欄 | | | |

介護支援専門員意見書(兼詳細調査票)

(新規・再)

調査日 令和 年 月 日 事業所名 記入者

| | | | | | |
|----------------|--|--|--|----------------|----|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | 年齢 |
| 本人氏名 | | 男・女 | M・T・S | 年 月 日 | |
| 現住所 | TEL | | | | |
| 身体状況 | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 尿便意あり <input type="checkbox"/> 尿便意なし <input type="checkbox"/> 下着のみ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器等 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 補助具使用(杖・歩行器・老人車) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 麻痺 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) | | | |
| | 拘縮 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) | | | |
| | 会話 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 認知症 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 | | | |
| 行動障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引(日中 回・夜 回) <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | 既往歴・現病 | | | | |
| | 病名 | 医療機関 | 期間 | | |
| | | | ～ | | |
| | | | ～ | | |
| | | | ～ | | |
| | | | ～ | | |
| サービス利用度 | <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週・月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週・月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週・月) | | | サービス利用単位 × 100 | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週・月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週・月) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週・月) | | | 支給限度額 | |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(回/週・月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() | | | (サービス利用率) | |
| | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護() | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入所中(入院中)(名称 : 年 月～) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | % | |
| 介護の困難性 | 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居() <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 主介護者の状況 | 年齢 | 歳(続柄:) | | |
| | | 障害・疾病 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 介護は困難 <input type="checkbox"/> 多少は可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 | | |
| | | 就労 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | |
| | | 育児・介護 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | |
| | 介護協力の状況 | 同居家族 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> あり() | | |
| その他 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> あり() | | | |
| *特記・緊急度など特別な事由 | | | | | |