

(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	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					