

(様式2)

※施設記入欄

点

特別養護老人ホーム シンパシー
介護支援専門員意見書

入所希望者名

1. 本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症による不適応行動	非常に多い(毎日)	やや多い(週1~2回)	少し有り(月1~2回)	無	

※不適応行動・認定調査における精神・行動障害に関連する項目において「ある」または「ときどきある」が1つ以上ある場合で判断願います。

2. 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

一人暮らしの高齢者

①主たる介護者の年齢・続柄	70歳以上	60歳以上	60歳未満	
②介護者の障害・疾病	介護は困難	多少は介護可能	介護は可能	なし
③介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4~8時間	4時間未満	なし
④介護者が育児・家族の病気	常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	なし
⑤他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
⑥別居血縁者の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

4. その他、特記事項がありましたら、ご記入願います。

作成年月日： H 年 月 日	担当者
作成者所属：	

印

♣裏面にもご協力をお願いいたします。

