

(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。

## 介護の状況を具体的に教えてください

1. 介護に至った経緯や現在までの経過、現在の身体状況や介護内容等を教えてください。


2. ADL を教えてください。

介護の項目	あてはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	特記事項
麻痺・拘縮等	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（                                  ）	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 体位交換が必要	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掴まればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支えがないとできない <input type="checkbox"/> できない	
入浴形態	<input type="checkbox"/> 家庭浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽	
視 力	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 殆ど見えない	
聴 力	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない	
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> シルバーカー・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事摂取・嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管	
食事の形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース	
排尿・排便	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
使用物品	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> Pトイレ	
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
意思伝達	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 殆どできない <input type="checkbox"/> できない	

3. 認知症における周辺症状、行動障害等があれば教えてください。
