

特別養護老人ホーム入所意見書（担当ケアマネジャー、入所・入院先の相談員に記入を依頼して下さい）

1 本人の状況

要介護度	氏名										
	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2		
	認定の有効期間	（ 年 月 日 ~					年 月 日 ）				
要介護の状況	疾病または症状（ ） 年 月頃より										
障がい自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2										
認知症自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M										
認知症の 行動・心理症状等	発生頻度	非常に多い 時々ある 少しある・稀にある なし									
	症状	1. 昼夜逆転 2. 暴言暴行 3. 大声を出す 4. 介護に抵抗 5. 常時の徘徊 6. 火の不始末 7. 不潔行為 8. 摂食異常 9. 自傷行為 10. その他（ ）									

2 介護の状況

①居宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	40%以上	30%以上	30%未満
②居宅での介護期間	5年以上	4年以上	3年以上	2年以上	1年以上 1年未満
③介護施設等の入所期間	3年以上	2年以上	1年以上	1年未満	入所等なし

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	一人暮らし 二人暮らし その他 世帯構成の記入				
②主たる介護者の続柄・年齢等	続柄（ ）	年齢	歳	生年月日	T.S.H 年 月 日
③主たる介護者の心身状況	心身に障がいがあり介護困難 (病名・障がい名： )		心身に障がいがあるが多少は介護可能 (病名・障がい名： )		
	心身に障がいがあるが介護は可能 (病名・障がい名： )		心身に障がい無し		
④主たる介護者の就労	無・有（職種等： 日／週、 時間／日）				
	8時間以上 4～8時間（パート的就労及び農業等の補助的就労）			4時間未満	
⑤家族が介護に従事する時間	1日中（8時間以上）の介護 半日程度（4～6時間）の介護 多少の介護時間あり なし				
⑥主たる介護者の同居家族の状況	<input type="checkbox"/> 同居する他の要介護者等を介護している <input type="checkbox"/> 就労等により日中家族不在 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が乳・幼児を育児 <input type="checkbox"/> 他の家族が入院・入所中 <input type="checkbox"/> 小・中学生の世話をしている （□その他の状況： ）				
⑦他の要介護者等	無・有 続柄（ ）（要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5）				
	有の場合	行動心理症状等（非常に多い・やや多い・少しあり・なし） 行動・心理症状（1. 昼夜逆転 2. 暴言暴行 3. 大声を出す 4. 介護に抵抗 5. 常時の徘徊 6. 火の不始末 7. 不潔行為 8. 摂食異常 9. 自傷行為 10. その他（ ）） 居宅サービス利用限度額割合（60%以上 50%以上 40%以上 30%以上 30%未満） 居宅における介護期間（5年以上 4年以上 3年以上 2年以上 1年以上 1年未満）			

4 介護支援専門員等の入所への意見

所属事業所名： 職 名：

電話番号： 記載者氏名：

令和 年 月 日現在