

別紙 特別養護老人ホーム入所意見書

1. 本人の状況

要介護度	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 ()
精神症状 (認知症等)	発生頻度	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 少しある・稀にある <input type="checkbox"/> なし
	◎項目	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 介護に抵抗
	症状 (該当する項目に チェック)	<input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他 ()

2 介護の状況

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

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 二人暮らし <input type="checkbox"/> 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 明大昭 年 月 日
③主たる介護者の心身の状況	心身の障がい : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能
④主たる介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種等: 日/週 時間/日) <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 (パート的就労及び農業等の補助的就労) <input type="checkbox"/> 4時間未満
⑤家族が介護に従事する時間	<input type="checkbox"/> 8時間以上の介護 <input type="checkbox"/> 半日程度 (4~6時間) の介護 <input type="checkbox"/> 多少の介護時間あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> (その他の状況:)
⑦他の要介護者等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄 () <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ○有の場合 精神症状 (認知症等) <input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし 症状について (該当するものにチェック) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 自傷行為 ・居宅サービス利用限度額割合 <input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 40%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%未満 ・居宅における介護期間 <input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 4年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満

4 介護支援専門員等の入所への意見

入所希望者氏名

年 月 日現在

所属事業所名

住 所

職 名

電 話 番 号

記載者氏名