

(様式2)

## 入居申込意見書

記載日 令和 年 月 日

入居希望者氏名

記載者

氏名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

※要介護度が自立の方は必要ありません。

※この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入居希望者の現在の状況をご記入ください。

(記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。)

(1) 要介護度

要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2	要介護 1
要支援 2	要支援 1			

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

M	IV	IIIb	IIIa	IIb
IIa	I	自立		

(3) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

C2	C1	B2	B1	A2
A1	J2	J1	自立	

(4) 現在の身体状況に該当する項目に○をつけてください

	A	B	C	特記事項(できる限りご記入ください)
①食 事	介助が必要	見守り程度	自 立	
②入 浴	介助が必要	見守り程度	自 立	
③排 泄	介助が必要	見守り程度	自 立	
④移 動	介助が必要	見守り程度	自 立	
⑤更 衣	介助が必要	見守り程度	自 立	

(5) 直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください

	A	B	C	D	特記事項(できる限りご記入ください)
①火の不始末がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
②徘徊がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
③介護に対して抵抗がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
④暴言暴行や大声がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑤摂食異常がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑥不潔行為がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑦昼夜逆転がある	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	
⑧その他の周辺症状	ほぼ毎日	週1～3回	月1～3回	なし	

(6) 現在の介護状況に該当するものに○をつけてください

①身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	
②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難	
③介護する者はいるが、要介護状態、病气療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
④介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	
⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	
⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	
⑦その他( )	

(7) 現病名及び既往歴

(現病名)	(既往歴)

(8) 特別な医療行為及び処方薬

(医療行為名・内容・頻度) <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理  <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )	(処方薬)

(9) 特記事項 (在宅及び入居・入院先で生活継続困難な理由) \*住居環境、経済状況、介護者の身体的・精神的状況なども含む。

※入居申込受付には、入居申込書・入居申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。