

(様式2)

介護支援専門員等意見書

小規模特別養護老人ホームこころ のだの里

記入 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--------|---|---|---|------|-----------|---|---|--|--|--|
| 入居希望者の状況 | ふりがな | | | | | | 生年月日 | 大正・昭和 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | 性別 | 年 月 日(歳) | | | | | |
| | | | | | | | | □男 ・ □女 | | | | | |
| | 介護保険 | 要介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 被保険者番号 | | | | | |
| | | 認定期間 | 年 月 日～ | | | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 特例入居の事由 | □有 □無 (要介護1, 2の方のみ記入。裏面参照) | | | | | | | | | | | |
| | 障害の状況 | □視覚障害 □聴覚障害 □言語機能障害 □知的障害 □精神障害 ※該当する場合は、療育手帳又は障害者手帳(写)等を提出してください | | | | | | | | | | | |
| | 病名・既往歴 | | | | | | | | | | | | |
| | 医療の状況 | □経管栄養 □胃ろう □インシュリン注射 □透析 □在宅酸素 □喀痰吸引 □その他() | | | | | | | | | | | |
| | 障害高齢者自立度 | □自立 □J □A □B □C | | | | | | | | | | | |
| | 認知症高齢者自立度 | □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M | | | | | | | | | | | |
| | 麻痺 | □なし □上肢(右・左) □下肢(右・左) □その他() | | | | | | | | | | | |
| | 拘縮 | □なし □肩関節 □肘関節 □手関節 □股関節 □膝関節 □足関節 □その他() | | | | | | | | | | | |
| | 歩行 | □自立 □見守り □手引き誘導 □全介助 □その他() | | | | | | | | | | | |
| | 移動 | □独歩 □車椅子 □寝たきり □その他() | | | | | | | | | | | |
| 入浴 | □自立 □見守り □一部介助 □全介助(一般浴・機械浴) | | | | | | | | | | | | |
| 着脱 | □自立 □見守り・声掛け □一部介助 □全介助 | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | □自立 □見守り・声掛け □一部介助 □全介助 □箸 □スプーン □その他() | | | | | | | | | | | | |
| | 内容: □普通食 □刻み食 □ミキサー □その他、糖尿食など() | | | | | | | | | | | | |
| 排泄 | □自立 □見守り・声掛け □一部介助・誘導 □全介助 □トイレ □ポータブルトイレ □オムツ □その他() | | | | | | | | | | | | |
| 認知症 | □物忘れ □昼夜逆転 □暴言・暴力 □徘徊 □被害妄想 □その他() | | | | | | | | | | | | |
| 【これまでの経過や家族状況、生活状況などについては裏面にご記入ください】 | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者 | 居宅介護支援事業所名 又は施設・病院名 | | | | | | 電話 | - | - | | | | |
| | 介護支援専門員 又は施設の相談員名 | | | | | | FAX | - | - | | | | |

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がない場合は、他の適当な方(病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載して下さい。

【これまでの経過や家族状況、生活状況等ご記入ください。】

【特例入居の要件に該当する事由について(要介護1、2の方のみ記入)】

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

●該当する事由の具体的内容等について記載して下さい。