

(様式 2)

記入日： 年 月 日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名： _____

記載者

氏名： _____

所属： _____

職種： _____

電話： _____

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

非常に多い 時々ある 少しある・稀にある なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言暴行 大声を出す 介護に抵抗
常時の徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 自傷行為
性的問題行動 その他()

(2) 主たる介護者・家族等の状況

身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
介護者はいるが、地理的に離れているも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。
介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。
介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：)
介護者が近隣にいる。
同居の介護者がいる。(人)
その他 ()

(3) 主たる介護者の負担感

介護疲れがひどい
在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
在宅サービスの利用にて順調
在宅サービスの利用ないが順調
殆ど関わっていない

