

(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

