

入 所 申 込 調 査 表

調査年月日	年 月 日	調査者氏名	印
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他 () 使用施設名 () ※自宅使用等の場合は無記入		
介護保険 サービス 確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位) 他施設申込状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (施設名:)		
健康保険	種 別	年 金 等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手帳の種類 () 障害名 () 判定 () 級) その他 ()		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯 ()		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 夜間浴)		
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 便 () 日) 回) 失禁 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子等) 状況 ()		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 老眼鏡使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 状況 ()		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 状況 ()		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) 状況 ()		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等 ()		
既 往 歴	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
居宅介護支援事業者・事業所より情報を頂いてもよろしいですか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
特記事項			

介護支援専門員意見書

入所希望者氏名	
---------	--

1. 本人の状況					
要介護度	5	4	3	2	1

2. 主たる介護者・家族等の状況				
①世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
②介護者の性別・年齢・続柄	男	女	歳	続柄
③介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
④介護者が障害や疾病	介護困難	多少介護可	介護可能	なし
⑤介護者の就労	8時間以上又は 就労不能(高齢等)	4～8時間	4時間未満	なし
⑥介護者が育児、家族が病気	常時の育児・看病	半日育児・看病	随時育児・看病	なし
⑦介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑧他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	続柄
⑨別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	続柄
⑩近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

3. 備考記入欄				

意見書作成日	令和 年 月 日
所属事業所	
意見書作成者	印

(裏面)

介護支援専門員意見書の記入上の留意事項

様式第3号（介護支援専門員意見書）における申込者の状況判断を行う場合の留意事項

1. 評価において印のない項目は評価対象外となるため、該当する項目についてすべてに印をつけること。
2. 主たる介護者、家族の状況に係る判断基準
 - ④介護者が障害や疾病
 - ・ 「介護困難」は、介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などADL全般の援助が困難な場合
 - ・ 「多少介護」は、介護者が障害や疾病のため2つ程度のADL援助ならばできる場合
 - ・ 「介護可能」は、障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合を目安とする。
 - ⑧他の同居介護補助者
 - ・ 「随時あり」は、週1～3日程度
 - ・ 「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。
※1日当たりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。
 - ⑨別居血縁者介護協力
 - ⑩近隣者等の介護協力
 - ・ 「随時あり」は、週1～3日程度
 - ・ 「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。
3. 介護支援専門員が関わっていない（居宅サービスを利用していない）場合は他の適当な者の意見に代える事ができる。