

(様式 2)

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

特別養護老人ホーム
セントポーリア愛の郷

介護支援専門員等意見書

入居申込者（本人）氏名： _____

記載者

氏名： _____

所属： _____

職種： _____

電話： _____

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

(1) 認知症の周辺状況（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）

幻覚・幻聴 昼夜逆転 暴言暴力 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

