

介護支援専門員 補足及びチェック用紙

入所申込対象者氏名

1. 認知症による不適応行動（認定調査関連項目） [3項目以上]

<input type="checkbox"/> 被害的	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 感情不安定	<input type="checkbox"/> 夜間不眠・昼夜逆転
<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	<input type="checkbox"/> しつこく同じ話・不快な音を立てる	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗	
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 「家に帰る」等落ち着かない	<input type="checkbox"/> 外出すると1人で戻れない		
<input type="checkbox"/> 収集・無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> 火の不始末・火元の管理ができない			
<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す、破る	<input type="checkbox"/> 不潔行為(弄便)	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> ひどい物忘れ	
頻度	<input type="checkbox"/> 毎日(非常に多い) <input type="checkbox"/> 週1～2回以上(やや多い) <input type="checkbox"/> 月1～2回(少し)			

2. 在宅サービス利用度(限度額割合：申し込み近時)

介護度	月分	実際の利用額/利用限度額	/	%
-----	----	--------------	---	---

3. 主たる介護者・家族等状況

③介護者の介護負担(介護者の感じ方を大事に：介護支援専門員の考え方との調整を)

特記	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
----	---

④介護者が障害や疾病(できない項目チェック。全体的に捕らえて判断してください。)

寝返り 移動 排泄 入浴 清潔 移乗 着替え 食事

介護困難(介護全般が不可) 多少介護(上記、2つ程度の介護加) 介護可能

⑨他の同居介護補助者 ⑩別居血縁者介護協力者

※ 日/週程度の『週』は『月』に変えてもよい。後ろの()内には1日当たりの時間や回数を記入。回数が多ければ『頻回』でもよい。[例：3日/週程度(3時間)]

⑪近隣者等の介護協力(1日当たりの目安：2時間程度以上又は頻回以上)

ほとんどなし(週1日未満) 随時あり(週1～3日) 常時あり(週4日以上)

4. 特記事項及び意見

①医療的処置：膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法、他

②住居環境：廊下、階段、便所、浴室等の住宅回収困難(経済状態含む)、他

③入所待機期間：特に1年以上の待機については必ず記載。

④長期入院等に退院後の再入所

⑤現在利用している『介護保険』外サービス

⑥[3-⑨⑩について]書き切れない場合は特記事項に記入。

⑦その他