

介護支援専門員の意見書（グループホーム天橋の家）

ふりがな		記入日	年 月 日
希望者氏名		記入者	印
事業所名			

①要介護度・日常生活自立度について○をご記入下さい。

区分	日常生活自立度				
	M	IV	III	II	I
5					
4					
3					
2					
1					

主治医意見書等による確認
認知症状（有・無）

認知症専門医の受診
（有・無）

医療機関名

服薬（有・無）

内容

②現在ご利用中の居宅サービス

サービスの種類	利用頻度	サービスの種類	利用頻度
短期入所生活介護		訪問看護	
通所介護		福祉器具貸与	
訪問介護		その他	

③介護者（家族）について

介護者の有無	有	無	
介護者の年齢	70歳以上	60歳代	60歳未満
介護負担	重い	やや重い	軽い
介護の協力者	有	無	
介護の関わり方	消極的	やや消極的	普通

④要介護者の認知症状について

・問題行動（非常に多い・多い・なし）

※どのような問題行動でお困りですか。

※介護する上で、介護者が困っておられる事がありましたら、ご記入下さい。

※介護支援専門員様へお願い

本意見書は、ご記入後速やかに封筒等に入れ、厳重に封をした上で、ご家族様へお渡し下さい。