

## 意見書

記入日 年 月 日

利用希望者	(ふりがな)	住 所	〒
	大・昭・平 年 月 日 歳		
<b>(意見書記入者)</b>			
事業所名		住 所	
記入者氏名 (ケアマネ等)		連絡先	

上記の利用希望者に関する意見は下記のとおりです。

### 1 心身の状態について

<b>(1)介護認定の区分</b>	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
障害手帳の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   等級(   )   該当部位	
<b>(2)日常生活自立度</b>	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
<b>(3)身体の状態</b>	
<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	部位: _____ (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	部位: _____ (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<b>(4)認知能力</b>	
<曜日の認識> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   <時間の認識> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<b>(5)特記事項</b>	
下記に該当する場合は、ごみ出しが困難な理由を記載してください ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)がA1以下の場合 ・認知症高齢者の日常生活自立度がIIa以下の場合 ・上記以外で困難な理由	

### 2 現状のごみ出し支援について

<b>(1)ごみ出しの支援者の有無</b>	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <支援者ありの場合> <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> 介護士(ヘルパー) <input type="checkbox"/> ボランティア団体 <input type="checkbox"/> その他(   )	
<b>(2)今までのごみの出し方(誰が出していたか?)</b>	
<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> 介護士(ヘルパー) <input type="checkbox"/> その他(   )	
<b>(3)過去に支援があった場合は支援不可になった理由</b>	