

意見書

記入日 年 月 日

利用希望者	(ふりがな) まつど たろう	住 所	〒
	松戸 太郎		松戸市五香西1
	大(昭)平 21年 12月 20日 77歳	連絡先	047-000-000
(意見書記入者)			
事業所名	五香ケアセンター	住 所	五香1
記入者氏名 (ケアマネ等)	五香 桜子	連絡先	047-111-111

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

(1)介護認定の区分	
<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし 等級() 該当部位	
(2)日常生活自立度	
・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 checked="" 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 checked="" 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	
(3)身体の状態	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下 部位: <u>両下肢</u> (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" 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)	
(4)認知能力	
<曜日の認識> <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <時間の認識> <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(5)特記事項	
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

(1)ごみ出しの支援者の有無	
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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()	
(2)今までのごみの出し方(誰が出していたか?)	
<input type="checkbox"/> 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input checked="" type="checkbox"/> 介護士(ヘルパー) <input type="checkbox"/> その他()	
(3)過去に支援があった場合は支援不可になった理由	
・市外在住であり、仕事しており、今後のごみ出しの支援は厳しいため ・介護ヘルプサービスの時間がごみ出しの時間と合わないため、ヘルパーでの支援継続は厳しい	