

# 意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	住所	〒
	大・昭・平 年 月 日 歳		連絡先	
上記の申請者に関する意見は下記のとおりです。				
事業所名			住所	
氏名 (ケアマネ)			連絡先	

## 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 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				
(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 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				
(3)身体の状態 <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)				
(4)認知能力 <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				
(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

あり なし

<支援者ありの場合>

親族 近隣住民 介護士(ヘルパー) ボランティア団体 その他( )

(2)今までのごみの出し方(誰が出していたか?)

申請者 親族 近隣住民 介護士(ヘルパー) 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