

# 意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな) まつど たろう	男	住所	〒111-1111 松戸市〇〇1-1
	松戸 太郎			
	明・大・昭 16年11月22日77歳	女	連絡先	047-000-0000
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	〇〇介護事業所	住所	松戸市〇〇2-2	
氏名 (ケアマネ)	柏 花子	連絡先	047-000-0000	

## 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)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

## 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 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 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( )
(3)過去に支援があった場合は支援不可になった理由 介護ヘルパーは毎日入れるわけではなく、支援に入る時間・日数等の制約を受けることから、継続したごみ出し支援を実施することは困難です。また、ごみ出し支援の時間を他の介護サービス実施に充てたいため。