（介護支援専門員・相談員用書類）

社会福祉法人　実寿穂会
グループホーム　ポート野芥・賀茂

＜担 当 者 の 意 見 書＞

業務繁多の折、申し訳ございませんが、担当ご利用者様に関する下記の設問についてご協力お願い致します。

入所申込者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

設問1．申込者（ご本人）についてお伺いします。

現在の申込者（ご本人）の世帯状況	☐ ひとり暮らし　☐ 高齢者のみの世帯　☐ 家族と同居 ※高齢者とは、65歳以上を指します。		
※現在、入院・入所中の方のみ ご記入下さい。	退院・退所後に戻る先　→　☐ 未定　☐ 自宅 ☐ 施設など →　（　　）		
医療機関		主治医	
医療処置	☐ 医療処置　有り　☐ 医療処置　無し ☐ 経管栄養（鼻腔・胃ろう）　☐ 在宅酸素　☐ インシュリン注射　☐ バルーン　☐ ストマ ☐ その他　（　　） 【現在の治療中の病気・特記事項】		

設問2．主に申込者の介護をされている方の状況についてお伺いします。

主に介護をされている方	お名前	続柄

※上記に記載された方の状況についてお伺いします。

年齢	65歳未満	65歳以上75歳未満	75歳以上
要介護認定の有無	☐ いいえ　☐ はい　→　☐ 要支援認定　☐ 要介護認定		
障害や疾病の有無 ※困難なものにチェック	☐ 有 → 有の場合は　☐ 入浴　☐ 移動　☐ 食事　☐ 更衣　☐ 排泄 ☐ 無　※その他病名など　→　（　　）		
置かれている状況	☐ 申込者以外にも介護をしている　☐ 子守や育児をしている　☐ 就労している		
その他家族・近隣者等の 介護支援の有無	☐ 無　☐ 有 →　有の場合は（続柄など：　　日／週程度）		

設問3．認知症の症状・頻度についてお伺いします。

☐ 問題行動がほぼ毎日ある　☐ 問題行動が時々ある　☐ 問題行動はない

＜過去１ヶ月の行動について＞ ※複数可

☐ 暴言　☐ 暴力　☐ 異食　☐ 介護拒否　☐ 物盗られ　☐ 幻覚・妄想　☐ 昼夜逆転
☐ 不眠　☐ 不潔行為　☐ 徘徊　☐ 帰宅願望　☐ 話の繰り返し　☐ 感情の不安定

設問4．入居を希望されている理由についてお伺いします。 ※複数可

☐ 家族等の介護拒否がある（経済搾取・ネグレクト）
☐ 主介護者が遠距離（県外）である
☐ 長期間（6ヶ月以上）にわたる在宅介護を行っている
☐ 施設等や病院から退所を求められており、在宅介護困難
☐ 経済的な理由により居宅サービスの利用が出来ない
☐ 住環境（経済的・構造上等）の事情により介護が困難
☐ 在宅で医療的な処置がある
☐ 設問３に該当しない認知症状が見られる

設問5．自由記載欄ではありますが、できるだけ申込者等の情報提供をお願いいたします。

事業所名		記載者氏名		印