

介護支援専門員意見書

ふりがな 入所申込者氏名		被保険者番号																	
ケアプランについて	在宅サービス利用率		% (直近1カ月の給付限度額に対する利用割合)																
	利用しているサービス(直近1カ月の利用状況)																		
	サービス名									利用回数等									
										サービスに対するご本人または家族の希望など									
ご本人の状況	1 身体の状況について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)																		
	2 認知症等について(介護や見守りを要する認知の状況)																		
	3 疾患等について(特に注意を要すること、医療器具の使用、介護や看護を要する疾患等)																		
その他留意すべきこと	※ ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと																		

記入者氏名		職種	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援専門員	<input type="checkbox"/> その他()
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> その他	
事業所名		連絡先電話	—	—