

## 介護支援専門員等意見

( 年 月 日現在)

入所申込者氏名	被保険者番号
---------	--------

## 1. 在宅（現在の居所）での介護の継続について（いずれかに○印を付けて下さい。）

- 現在の状況で継続可能  
 居宅サービスの追加等で継続可能  
 在宅（現在の居所）での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載下さい。

継続困難な理由
---------

## 2. 特記事項

## (1) 本人の生活等の状況

認知症高齢者の日常生活自立度 (該当する自立度に☑チェック)	<input type="checkbox"/> 正常・ <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

## (2) 家族等介護者の状況

--

## 3. 介護支援専門員等

事業所名	氏名
TEL:	FAX:

注) この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入してください。

生活の拠点	記入する方
在宅	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、グループホーム、指定特定施設入居者生活介護事業所	当該施設の介護支援専門員
医療機関（介護療養型医療施設を除く）	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・介護支援専門員等
その他施設	上記に準ずる職種の方