

介護支援専門員等意見

(平成 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○）

- () 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

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	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M

(2) 家族等介護者の状況

--	--

介護支援専門員等	事業所名 (TEL:)	氏名
----------	-----------------	----

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