

介護支援専門員等意見

(平成 年 月 日現在)

入所申込者

入所申込者氏名	様	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

特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。	
認知症老人の日常生活自立度	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 正 常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ V
日常生活自立度	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

2 サービス利用状況

(1) 利用しているサービス

サービス名	利用回数	サービス名	利用回数

(2) サービスに対する本人または家族の希望等

--

3 特記事項

(1) 本人の生活等の状況

①身体の状況について
②認知症等について
③疾患等について
④緊急性について(<input type="checkbox"/> 虐待・介護放棄 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他)

(2) 家族等介護者の状況

--

4 担当介護支援専門員等

介護支援専門員等	事業所名： (電話番号： (ファックス番号：) 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