

介護支援専門員意見書

ふりがな														
入居申込者氏名	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か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か月の利用状況）													
	サービス名		利用回数等											
			サービスに対するご本人またはご家族の希望など											
ご本人の状況	1 身体の状態について（麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況）													
	2 認知症について（介護や見守りを要する認知症の状況）													
	3 疾患等について（特に注意を要すること、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など）													
その他の留意すべきこと	※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"/> 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"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> その他（ ）		
事業所名		連絡先電話	- -