

介護支援専門員意見書

ふりがな		被保険者番号											
入所申込者氏名													
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	