

介護支援専門員意見書

【入居希望者】

フリガナ		性別	生年月日		
氏名 (ご本人)		男 ・ 女	明・大・昭	年	月 日 (歳)
現住所	〒				
	電話番号 — —				

担当者氏名:	職種:
事業所名:	電話番号:
事業所所在地:	FAX:

《意見記入欄》

◆本人の状態

・要介護度: 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

・認知症高齢者の日常生活自立度 正常・Ⅰ・Ⅱa ・ Ⅱb ・Ⅲa ・Ⅲb ・ Ⅳ ・ M

・障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・C1 ・ C2

・その他()

◆本人の心身の状況及び生活の状況

◆家族・介護者等の状況

◆在宅生活継続の可能性

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいない場合は、他の適当な方(病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載してください。但し、他の適当な方がいない場合は不要