

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ヶ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ヶ月の利用状況)		
	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等)		
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"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他()		
事業所名		連絡先 電話	