

介護支援専門員意見書

ふりがな 入苑希望者氏名		被保険者番号	
ケアプランに ついて	1、利用しているサービス及び利用回数など <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 時間) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日) <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回)		
	2、サービスに対するご本人・ご家族の希望など		
ご本人について	1、身体の状況（麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況）		
	2、痴呆などの状況（介護や見守りを要する症状）		
	3、疾患などについて（特に注意を要するものや、医療機器の使用など）		
	4、その他、留意すること（性格など、介護する上で把握すべきこと）		
ご家族の状況	ご家族の状況で、留意すべきことがあればご記入下さい。		

記入者氏名		職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()	記入日	令和 年 月 日
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <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			