

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		被保険者番号																			
ケアプランについて	在宅サービス率	% (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又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, 認知等について(介護や見守りを要する認知の状況)																				
	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	-	-