

### 3. 介護支援専門員意見書

ふりがな													
入所申込者氏名	被保険者番号												
ケアプラン について	在宅サービス利用料	% (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												
	障害老人の日常生活自立度		認知症老人の日常生活自立度										
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 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"/> 在宅支援センター			<input type="checkbox"/> その他 ( )				
事業所名		連絡先		-	-						