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	□介護支援専門員　□その他（　　）
事業所区分	□指定居宅介護支援事業者　□在宅支援センター　□その他（　　）		
事業所名		連絡先	☎　　－　　－

指定介護老人福祉施設 あたご苑