

介護支援専門員等意見

平成 年 月 日現在

入所申込者氏名	
被保険者番号	

1 在宅(現在の居所)での介護の継続について(いずれかに○)

- () 現在の状況で継続可能
- () 居宅サービス追加等で継続可能
- () 在宅(現在の居所)での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載

継続困難な理由

2 特記事項

(1)本人の生活用の状況

(2)家族等介護者の状況

介護支援専門員等	事業所名 TEL:	氏名
----------	------------------	----

注)この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入してください。

生活の拠点	記入する方
在宅	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、グループホーム、指定特定施設入居者生活介護事業所	当該施設の介護支援専門員
医療機関(介護療養型医療施設を除く)	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・介護支援専門員等
その他施設	上記に準ずる職種の方