**様式第３号**

**介護支援専門員意見書**

記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者 | （ふりがな） | 男・女 | 〒　　　－  連絡先 |
|  |
| 明･大･昭　　年　　月　　日（　　）歳 |
| 上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。  介護支援専門員氏名  居宅介護支援事業所所在地 | | 居宅介護支援事業所名  　TEL　　　－　　　－  　FAX　　　－　　　－ | |

|  |
| --- |
| 《意見記入欄》  【本人の状態】  　●要介護度：　１・２・３・４・５（※要介護１・２の方は別紙２にも必要事項記入）  ●認知症高齢者の日常生活自立度：　正常・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ  ●障害高齢者の日常生活自立度　：　Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２  ●知的障害・精神障害等の程度　：　有　・　無  　有の場合：療育手帳　　　　級　・　精神障害者保健福祉手帳　　　　級　・　身体障害者手帳　　　　級  　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【本人の心身の状況及び生活の状況】  【家族・介護者等の状況】  【在宅生活継続の可能性】 |

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいない場合は、他の適当な方（病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

,※施設記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日　　申込み | 評価基準 | 状　況 | 評価点数 | 個別の事情 |
| 要介護度 |  |  |  |
| 介護者の状況 | 有・無 |  |  |
| 居宅サービス利用状況 | ％ |  |  |
| 認知症の状況  （要介護１～２） | 有・無 |  |  |
| 合　　　計 | | 点 |  |
| 総合評価 | | 入居検討委員会開催日 | | 年　　　月　　　日　（　　　） |
|  | | |