

介護支援専門員意見書

記入日 平成 年 月 日

入居希望者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳		連絡先	
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名		
居宅介護支援事業所所在地		TEL	—	—
		FAX	—	—

《意見記入欄》

【本人の状態】

- 要介護度： 1・2・3・4・5
- 認知症高齢者の日常生活自立度： 正常・I・II a・II b・III a・III b・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

申込み 年	評価基準	状況	評価点数	個別の事情
	月	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		
日	合計		点	
総合評価		入居検討委員会開催日		年 月 日 ( )