

介護支援専門員意見書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| ケアプランについて | 在宅サービス利用率 | % | (直近1か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か月の利用状況) | | | | | | | | | | | | | |
| | 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など | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | |
| その他の留意すべきこと | ※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"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | 連絡先電話 | | | | | | | | | | | | |