

介護支援専門員等意見

令和 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)本人の生活等の状況

| |
|--|
| |
|--|

(2)家族等介護者の状況

| |
|--|
| |
|--|

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

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 |