介護支援専門員意見書

※この書類は、ご担当のケアマネジャーさんにお渡しください。入院中の場合は入院先の相談員さんにお渡し下さい。
在宅のケアマネージャーさん以外の方にご記入いただく場合は「ケアプランについて」の欄は未記入で結構です。

ふ り が な 入所申込者氏名	様	被保険者番号	
ケアプランについて	在宅サービス利用率	%（直近1ヶ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（最近1ヶ月の利用状況）		
	サ ー ビ ス 名	利 用 回 数 など	
	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、認知症などについて（介護や見守りを要する認知症の状況）		
	3、疾患などについて（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こと		

記 入 者 氏 名		職 種	□介護支援専門員　その他（　　）
事 業 所 区 分	□居宅介護支援事業者　□在宅介護支援センター　□その他（　　）		
事 業 所 名		連 絡 先	ー　ー

紫 水 園