

介護支援専門員等意見

平成 年 月 日現在
(様式2)

入所申込者氏名		被保険者番号	
---------	--	--------	--

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、指定特定施設入所者生活介護事業所	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

1. 在宅(現在の居所)での介護の継続について(いずれかに○印を付けて下さい。)

- () 在宅の状況で継続可能
- () 居宅サービスの追加等で継続可能
- () 在宅(現在の居所)での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載下さい。

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

--

3. 居宅介護サービスの利用状況(該当される方のみご記入下さい。)

直近3ヶ月の平均利用単位数

- () 15,509単位以上 () 15,508～10,340単位 () 10,339単位以下

介護支援専門員等	事業所	氏名
	TEL :	FAX :

ご連絡事項

※ご記入いただきましたら、下記まで返信をお願いいたします。

特別養護老人ホーム かなしょうず園

〒513-0821 三重県鈴鹿市地子町字金生水814番地の30

TEL 059-383-0955 FAX 059-383-0972