（様式例３）　　介護支援専門員意見書

令和　　年　　月　　日現在

入所申込者氏名		所属事業所名	TEL
入所申込者住所	TEL	介護支援専門員等氏名	

次の事項について、把握されている範囲で記入をお願いします。

１　本人の状態

ア　要介護度：　要介護度　１・２・３・４・５

イ　認知症の有無：認知症高齢者日常生活自立度　Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ

ウ　行動障害等の有無：　有（内容：　　）　・　無

エ　その他（入浴、排泄、食事、基本動作等 ADL、認知症の周辺症状などについて具体的事項など）

（　　）

２　本人の生活等の状況（在宅サービス等の利用状況）

ア　在宅サービスの利用状況（直近１ヶ月の在宅サービス利用状況）

訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
単位	単位	単位	単位	単位
訪問入浴	訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	福祉用具貸与	その他（　　）
単位	単位	単位	単位	単位

イ　その他（居所の状況、本人の現在の生活に対する訴え等）

（　　）

３　家族・介護者等の状況

ア　主介護者の状況（主介護者の有無、健康状態等）

（　　）

イ　主介護者の介護の関わり（就労、育児等による介護可能時間の有無）

（　　）

ウ　主介護者以外の家族等の協力状況

（　　）

エ　住環境（劣悪な住環境、バリアフリー対応等）

（　　）

オ　その他（介護者の心的負担の状況、経済状況、本人の現在の生活に対する訴え等の特記事項）

（　　）

４　在宅（現在の居所）での介護の継続について（下記から選択願います）

□ 現在の状況で継続可能

□ 在宅サービスの追加等で継続可能

□ 在宅介護の継続は困難（※下記に具体的理由を記載願います）

【在宅介護の継続が困難な具体的理由】

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員が関わっていない場合には、他の適当な者（病院のソーシャルワーカー、他の施設の介護支援専門員、生活相談員等）にご協力を求めてください。