

介護支援専門員意見書

入所申込者氏名		被保険者番号	
ケアプラン について	在宅サービス利用率	%	
	利用しているサービス		
	サービス名	利用回数等	
	サービスに対する本人又は家族の希望等		
本人の状況	1 身体 の 状況 について		
	障害者高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）：		
	2 認知症等 について		
	認知症高齢者の日常生活自立度：		
	3 疾患等 について		
その他留意すべきこと（医療行為等）			

担当ケアマネジャー氏名			
事業所名（連絡先電話）		（ ）	