介護支援専門員意見書

平成　年　月　日

認知症老人の日常生活自立度	□正常　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M
主たる介護者・家族状況	
世帯の状況	□独居　□高齢者世帯　□その他
介護者の年齢	歳
介護者の介護負担	□重い　□やや重い　□軽い　□負担なし
介護者の障害や疾病	無・有（　）
介護者の就労	無・有（職業等　日/週　時間/日　）
他の要介護者	無　・有（要支援・要介護　1　2　3　4　5　）
介護者の育児・家族の病気	無・有（　）
介護者の介護の関わり方	□介護拒否　□非常に消極的　□やや消極的　□普通　□積極的
他の同居介護候補者	無・有（　）
別居血縁協力者	無・有（　日/週程度　）
近隣者等の介護協力	□ほとんど無し　□随時あり　□常時あり
介護支援専門員の入居への意見書	

記載者名　　印

事業所名

電話番号

＜備考＞

本意見書の有効期限は1ヶ年とします。なお、後日上記記載事項に変更があった場合は連絡をお願いいたします。

本人氏名		生年月日	M・T・S　年　月　日生（　歳）