

介護支援専門員意見書

令和 年 月 日

認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M
主たる介護者・家族状況	
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他
介護者の年齢	歳
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 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)
------	--	------	-------	---	---	---------