施設入居　介護支援専門員意見書

本人の状況	フリガナ		被保険者番号												
	氏名		生年月日	明　大　昭　　年　　月　　日　　歳											
	要介護度	要介護	1　・　2　・　3　・　4　・　5												
	自立度	認知症自立度		障害自立度											

（※自立度の記入内容については医師の診断のあったものをご記入ください。）

居宅サービスの状況	居宅サービスの利用限度額の割合	①サービスを利用していない	
		②20％未満	
		③20％以上40％未満	
		③40％以上60％未満	
		③60％以上80％未満	
		⑥80％以上	

介護者等の状況	【世帯の状況】　□独居　□高齢者世帯（65歳以上のみの世帯）　□身寄りなし
	【①主たる介護者の年齢】　年齢　　歳　　続柄
	【②介護者の障害や疾病】　□あり　□なし　（※ありの場合は、下記を記入ください。） □介護可能　□やや困難　□困難　（　　）
	【③介護者の就労】　□あり　□なし　（※ありの場合は、下記を記入ください。） 週（　　）日　1日（　　）時間程度働いている。（※記載なければ点数に反映されません。）
	【④介護者の育児・家族の看病】□あり　□なし　（※ありの場合は、下記を記入ください。） □常時必要　□半日程度必要　□随時必要　（　　）
	【⑤他の同居介護補助者】　□常時協力あり　□随時協力あり　□殆ど協力なし
	【⑥別居血縁者の介護協力】　□常時協力あり　□随時協力あり　□殆ど協力なし
	【⑦介護者の経済的負担】　□なし　□やや重い　□重い　□非常に重い どの程度介護者が負担されていますか？（　　）
	【⑧住環境】　□問題なし　□問題あり　□非常に問題　□住居なし どういった部分で問題がありますか？　（　　）

（※介護者等の状況について、記載がなければ点数に反映されませんので、できる限りご記入ください。）

施設入居への意見	

記載年月日　　年　　月　　日

記載者所属　　記載者氏名　　印

（電話番号　　―　　―　　）