

介護支援専門員意見書

氏 名	
介護保険被保険者証番号	

1. 本人の状況

要介護度	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認知症による不適応行動	非常に多い やや多い 少しあり なし

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	80%以上 60%以上80%未満 40%以上60%未満 20%以上40%未満 20%未満
	(直近一月の利用単位数 単位)(区分支給限度基準単位数 単位)

3. 主たる介護者・家族の状況

世帯の状況	独居 高齢者世帯 その他
介護者の年齢・続柄	
在宅介護期間	年 (カ月)
介護者の介護負担	重い やや重い 軽い 負担なし
介護者が障害や疾病	無 ・ 有 ()
介護者の就労	無 ・ 有 (職種等 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 ふつう
他の同居介護補助者	無 ・ 有 (続柄 日／週程度)
別居血縁者介護協力	無 ・ 有 (続柄 日／週程度)
近隣者等の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり

4. 介護支援専門員の意見 (入所を必要とする理由等についてのご意見をご記入ください)

事業所名:	氏名:

記載日 年 月 日