

介護支援専門員等意見書

様式 3

入所希望者氏名

記載日	年 月 日
更新日	年 月 日

1 本人の状況 ※該当するところに○印をつけてください。

要介護度	・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5
認知症による不適応行動	・非常に多い ・多い ・少しあり ・なし
障害高齢者の日常生活自立度	・自立 ・J1 ・J2 ・A1 ・A2 ・B1 ・B2 ・C1 ・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	・自立 ・I ・IIa ・IIb ・IIIa ・IIIb ・IV ・M

2 介護サービス利用状況

在宅サービス限度額割合	・60%以上 ・50%以上 ・30%以上 ・30%未満
利用施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護療養型医療施設・介護医療院</li> <li>・1か月を超える医療機関入院</li> <li>・介護老人福祉施設</li> <li>・グループホーム</li> <li>・特定施設（外部サービス型を除く）</li> </ul>

3 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	・単身世帯（・介護者あり・なし）・高齢者世帯 ・同居（誰と： ）
介護者の年齢・続柄	（ ）歳 （ ）
介護者の障害・疾病	・無 ・有（ ）
介護者の就労	・無 ・有 職種等 日/週 時間/日
介護者の育児、 家族の病気	・無 ・有（ ）
主たる介護者以外の 介護協力	・無 ・有（続柄 日/週程度 ） * 1日あたりの目安は、2時間程度以上又は、頻回以上とする。

4 他の要介護者について（・他の要介護者あり ・他の要介護者なし）

要介護度（ ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5 ）
---------------------------------------

5 入所について介護支援専門員の意見

※希望者が介護負担等で入所が必要である理由等を記入してください

事業所
記載者氏名