

(様式2)

介護支援専門員意見書

指定地域密着型介護老人福祉施設「ゆうけあ相河」宛て

記入 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和												
氏名			年	月	日 (歳)										
現住所	〒			性別	男 ・ 女										
要介護度	1	2	3	4	5	被保険者番号									
申請変更中の場合	申請日 平成 年 月 日		要介護認定期間		平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで									
介護支援専門員氏名					TEL										
居宅介護支援事業所名					FAX										
居宅介護支援事業所所在地															
障害高齢者の日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2														
認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M														
ご本人の状況	1. 身体の状況（麻痺や萎縮などの身体症状）														
	2. 認知症などについて（特に介護や見守りを要する認知症の症状）														
	3. 疾患などについて（特に注意を要するもの、医療器具の使用など看護を要する疾患）														
	4. ご本人の嗜好や性格など介護をするうえで把握しておくべきこと														
意見															