

様式第3号

介護支援専門員意見書・確認表

記入日 年 月 日

入居希望者	(フリガナ) 大・昭 年 月 日 () 歳	男・女	〒 - 連絡先
上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。			
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			
意見記入欄			
【本人の状態】			
●要介護度： 3・4・5			
負担割合： 1割 ・ 2割 ・ 3割 負担限度額：(段階)			
●認知症高齢者の日常生活自立度： 正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			
認知症状など ()			
●既往歴 ()			
内服薬 ()			
医療的処置： 有 ・ 無			
有の場合： ・ ストマー ・ 胃ろう (回/1日) ・ 吸痰 (回/1日) ・ インスリン (回/1日)			
特記事項 ()			
●療養食の指示： なし ・ あり ()			
アレルギー等特記事項： ()			
【本人の心身の状況 (ADL等)、及び生活の状況】			
【家族・介護者等の状況】			
【在宅生活継続の可能性・施設入所の必要性】			

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいない場合は、他の適当な方(病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

特例入居の要件に該当する事由について

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。