（様式２）

**介　護　支　援　専　門　員　等　意　見　書**

　　　　　年　　　月　　　日

***※現状が確認できるフェイスシートの添付をお願いします。***

|  |  |
| --- | --- |
| 入居申込者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |

**１　在宅（現在の居所）での介護の継続について（いずれかに○）**

　　（　　）現在の状況で継続可能

　　（　　）居宅サービスの追加等で継続可能

　　（　　）在宅（現在の居所）での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載

継続困難な理由

**２　特記事項**

**（１-１）本人の生活等の状況**

|  |
| --- |
|  |

**（１-２）本人の既往現病(入院及び手術有無、服薬内容)**

|  |
| --- |
|  |

**（２）家族等介護者の状況**

|  |
| --- |
| □単身　　□高齢者世帯、介護者が虚弱　　□介護者が就業中・複数の人を介護している等 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護支援専門員等 | 事業所名  （ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　） | 氏名 |

注）この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 生活の拠点 | 記入する方 |
| 在宅 | 居宅介護支援事業所の介護支援専門員 |
| 特養、老健、介護療養型医療施設、グループホーム、指定特定施設入居者生活介護事業所 | 当該施設の介護支援専門員 |
| 医療機関（介護療養型医療施設を除く） | 医療ソーシャルワーカー等 |
| 養護老人ホーム | 生活相談員・介護支援専門員等 |
| その他施設 | 上記に準ずる職種の方 |

（地域密着型）特別養護老人ホームウェルハート明和