

介護支援専門員等の意見書

〔介護支援専門員等 ⇄ 清鈴園〕

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー、相談員等)											
所 属 名 (施設名・病院名)											
所 属 住 所											
電 話 番 号					() -						
記入年月日		令和 年 月 日			記入者氏名						
介 護 支 援 專 門 員 等 の 意 見	被保険者番号							生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	フリガナ										
	入所申込者 氏 名										
	現在の生活状況で特記すべき事項(住環境、医療・身体・精神的状況など、在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。)										
	【緊急性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】										
	入所についての本人及び家族の意思										
	その他特記すべき事項等										

※深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員、病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し、
施設に直接提出する。(作成は任意であり、入所申込時に添付する必要はない)