

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 専 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)