（様式2）

介護支援専門員等意見

特別養護老人ホーム多気彩幸

（　　年　　月　　日）

入所申込者氏名	
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）本人の生活等の状況

（2）家族等の介護者の状況

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	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