

特別養護老人ホームわらく 施設長 様

申込年月日	令和 年 月 日	受付年月日 (施設記入)		令和 年 月 日
フリガナ 利用者氏名	印	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
現住所	〒 ー 電話 ()			
フリガナ 申請者氏名	印	続 柄		連絡先 Tel 携帯
申請者住所	〒 ー			

- 1 / 3 -

入所選考に関する意見書

(担当介護支援専門員がご記入をお願いします。)

記入日	令和 年 月 日
利用者氏名	
介護保険被保険者番号	
記入者名	
事業所名	TEL ()

日常生活自立度 (認知症)	正常	I	II	III	IV	M
居宅サービス利用限度 額利用の割合		60%以上				
		20～60%未満				
		20%未満				
介護者等の状況	☐ 身寄りがないなど介護するものがない ☐ 介護者が、高齢、障害、疾病等により、十分な介護が困難 ☐ 介護者が、生計維持のため就労しており、十分な介護が困難 ☐ 介護者が、複数の介護や育児を行っており、十分な介護が困難 ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難 ☐ 家族が遠方に居住しており十分な介護が困難 ☐ 居住環境の事情で介護困難な状況にあり、かつ、住宅改修等改善が困難な状況にある ☐ その他 ()					
入所への意見 (緊急度や介護困難な 状況等、ご意見をお聞か せ下さい。)						

※入所・入院中等で担当介護支援専門員がおられない場合は、入所（院）先の関係職員の方に、ご記入をお願いします。