

介護支援専門員(担当職員)から主治医への連絡票

令和 年 月 日

医療機関名

担当医

先生

事業所名

所在地

電話・FAX

介護支援専門員氏名

平素、大変お世話になります。この度、先生が診察されている下記のご利用者の依頼を受け、居宅介護支援計画(ケアプラン)を作成(新規・更新・変更)することになりました。つきまして、ご多忙の恐れ入りますが、ケアプラン作成のためご利用者の情報をいただきたく、よろしくお願い申し上げます。

利用者	氏名	様	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所		電話番号			年齢		才
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 [認定期間] 年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 事業対象 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

連絡事項	1 利用者の希望(利用)している介護(介護予防)サービス
	2 サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 参加の可否とご都合を診療情報提供書(サービス照会票書式3)に記入して返送をお願いいたします。 開催予定日 年 月 日 () 時 分 ~ 場 所 <input type="checkbox"/> 未定のため、後日連絡いたします。
	3 サービス提供に際して、下記についてご指示願います。また、ご指示内容は診療情報提供書(サービス照会票書式3)の留意事項欄にご記入の上、返送をお願いいたします。

※ 利用者のケアプラン・介護(介護予防)サービス利用にご意見・ご助言がありましたら、ご連絡下さい。