

主治医・ケアマネージャー連絡票

(送付日 平成 年 月 日)

| | |
|-------|------------|
| 医療機関名 | TEL FAX |
| 連絡先 | |
| 主治医名 | |



| | |
|-------------|------------|
| 事業所名 | TEL FAX |
| 連絡先 | |
| 担当ケアマネージャー名 | |

_____様（昭和 年 月 日生）から、ケアプランの作成依頼を受けましたので、よろしくお願いいたします。

〈主旨〉

- 担当ケアマネージャーであることのご挨拶と状況報告を致します。
- ケアプランを作成するにあたり、病状やご意見を伺いたいので、お忙しいところ恐縮ですが、返信用記入欄にご記入いただき、ご返信下さいますようお願いいたします。

(平成 年 月現在の) 介護サービス利用状況

(要介護度:)

| | | | | | |
|--------------------------|------|-----------|--------------------------|--------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護 | 回/月 (曜日) | <input type="checkbox"/> | 通所リハビリ | 回/月 (曜日) |
| <input type="checkbox"/> | 訪問入浴 | 回/月 (曜日) | <input type="checkbox"/> | 短期入所 | 有・無 日/月 |
| <input type="checkbox"/> | 訪問看護 | 回/月 (曜日) | <input type="checkbox"/> | 福祉用具貸与 | 有・無 (品目:) |
| <input type="checkbox"/> | 通所介護 | 回/月 (曜日) | | | |

◇備考 (相談内容の概要等)

[]

返信用 医師記入欄

(記入日 平成 年 月 日)

◇直接会います (時間帯は 月 日 時頃)

◇電話をください (時間帯は 月 日 時頃)

◇その他

[]