

事業所連絡先
住所
TEL FAX

御中

主治医

先生 担当者

平成 年 月 日

介護(予防)サービス支援計画の作成にかかる連絡について(主治医連絡票)

平素は、円滑な介護保険の推進にご理解とご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。
この度、先生が担当されている下記の方から依頼を受け、介護(予防)支援サービス計画を作成し、介護(予防)支援(ケアマネジメント)を受け持つことになりました。つきましては、介護(予防)サービス計画作成依頼者(利用者)の状況をお知らせいたしますので、ご指導を賜わりますようお願い申し上げます。
なお、ご返信は、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、同封の封筒にて郵送お願いいたします。

【事業所記入欄】

介護予防支援サービス計画 作成事由	新規・更新・区分変更・事業所変更・その他()
利用者氏名	(生年月日 年 月 日)
利用者住所	各務原市
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
連絡内容	ケアプラン作成に当たり、病状などについての指示・確認など 医療サービス導入に当たり、主治医の意見相談など 利用者の下記の状況についての相談 ケアプランの確認
相談内容	
添付ケアプラン	あり(介護予防サービス支援計画表・利用票) 計 枚・なし

【主治医記入欄】

主治医意見・要望	1. 計画通りでよい 2. 意見・要望あり 3. 説明希望(面接・電話)
介護予防居宅療養管理指導	あり()・なし

上記介護(予防)支援サービス計画作成依頼者(利用者)の状況について確認いたしました。

平成 年 月 日

主治医氏名