

介護支援専門員等〈担当者〉から主治医への連絡票

平成 年 月 日

須藤病院

事業所名

所在地

電話・FAX

担当者氏名

担当医 先生御机下

平素より、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利用者様の依頼を受け、担当している介護支援専門員(担当職員)です。
居宅介護支援計画(予防計画)を作成(新規・更新・変更)する事になりました。つきましては、ご多忙の恐れ入りますが、ケアプラン作成の為のご利用者様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		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	☐ 認定申請中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 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)サービス内容・日常生活における報告事項等

障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
認知高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

2: ケアプランの作成・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、ご指示の内容は診療情報提供書(サービス照会書式3)の留意事項欄にご記入の上、返送をお願いいたします。

(確認事項等)

3: サービス担当者会議を下記のとおり予定しております。参加の有無ご都合を別紙に記入し返送をお願いします。

☐ 開催予定日 年 月 日 時 分から 場所

☐ 未定のため、後日連絡をさせていただきます。

* 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、ご連絡ください。
* この様式は、主治医と介護支援専門員等との連携のため、作成されたものです。