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

担当医　　先生御机下

電話・FAX

担当者氏名

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、ご多忙のおり恐れ入りますが、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　H　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。