

主治医

事業所連絡先

住 所

T E L

F A X

先生侍史

担 当 者

日付:

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・ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。なおご返信につきましても、ご多忙中とは存じますが、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

【事業所記入欄】

介護予防支援サービス計画 作成事由	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 事業所 変更	<input type="checkbox"/> その他
氏名(フリガナ)	()				生年月日
住 所					
居 所					
認定の有効期間	~				
要介護状態区分			<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中	
日常生活自立度(ねたきり度)			日常生活自立度(認知症)		
連絡内容	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 医療サービス導入に当たり、主治医の意見相談など				
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記の状況についての相談				
相談内容					
添付資料	<input type="checkbox"/> あり ()		計	枚	<input type="checkbox"/> なし

【主治医記入欄】

主治医意見・要望	<input type="checkbox"/> 上記で進めてください <input type="checkbox"/> 意見・要望あり <input type="checkbox"/> 説明希望 (受診同行 ・ 電話)				
介護予防居宅療養管理指導	あり (I ・ II)		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。

日付:

主治医氏名