

例 1

主治医連絡票

医療機関名 主治医 _____ 様	事業所名 所在地 豊岡市 電 話 (0796) F A X (0796) 介護支援専門員等名 _____	照会日： 年 月 日
_____ 病院・クリニック _____ 病院・診療所		

私は △△ 居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)の 〇〇 と申します。先生が診察されている下記の利用者様より依頼を受け、ケアプランを作成(変更)することになりました。

つきましては、下記の内容について先生のご指導・ご意見をお願いいたします。

【介護支援専門員等記入欄】

連絡事由		1 ケアプランの内容(新規・更新・ 区分変更 ・その他)について	
		2 その他()	
本人の 情報	利用者氏名等	(T・S 年 月 日) 性別 男・女	
	住 所	豊岡市	
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ----- 申請中	要介護度 要支援 1 2 事業対象者
	添付資料	ケアプラン(あり・なし) その他()	
(利用者の存在)			
<p>【案】病気の進行が早く、全身の倦怠感が強くなってきています。本人は思うように体が動かず、ベッド上で過ごされることが多くなってきています。足の浮腫みもあり、介護サービス(ヘルパーや訪問看護等)及び福祉用具(電動ベッドや車椅子等)を利用することで、本人・介護者等の負担等が軽減されると考えます。</p> <p>①先生からご意見をいただき、ケアプラン(原案)を作成してサービス提供につなげていきたいと思ひます。</p> <p>②添付のケアプラン(原案)を確認していただき、先生からご意見を伺いたいと思ひます。</p>			
※返信			
【主治医			
1 プ			
2 意見また			
3 介護支援専門員等から説明希望	①面接	年 月 日	時頃、場所：
	②電話		
主治医意見等 (サービス導入時における注意事項または禁忌事項) 記入欄			

上記のとおり連絡いたします。

年 月 日

病院・医院名 _____

介護支援専門員記入欄

受領日：

年

月

日()

2019年9月改訂