

例2

主治医連絡票

豊岡市介護支援専門員連絡会作成

医療機関名

医院・クリニック
病院・診療所

主治医 様

照会日： 年 月 日

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

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ケアマネジメントの継続依頼を受け、ケアプランの更新を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・ご意見をお聞かせ願います。

【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	要介護 1 2 3 4 5 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()			

(利用者の在宅での状況について)(参考用)

【案】リウマチで治療中ですが、ご自分なりに工夫して日常生活を過ごしています。しかし股関節や膝関節は動きに制限があるため床からの立ち上がりは困難な状態です。リハビリ目的でデイケアの利用継続を希望され、また日常生活動作を安全に行うために電動ベッドおよび電動昇降座椅子の継続利用が必要と考えます。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います。

※返信受取人

【主治医→介護支援専門員等】

- 1 プラン等におけるサービスは必要である
- 2 意見またはサービスについて注意事項・禁忌事項がある(下記に記載を、お願ひいたします)
- 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