

年 月 日

主治医への連絡票1(介護情報提供書)

医療機関名

主治医

様

事業所名:

住所:

担当者:

電話番号:

貴院患者 様(生年月日 年 月 日)について

担当介護支援専門員

担当地域包括支援センター により連絡いたします。

- 私は、ご利用者様のケアプラン作成に関して、主治医の先生のご意見を頂き関係者協力して支援させていただきます。つきましては、現在の居宅サービス利用状況を報告いたしますので、ご確認ください。

認定：事業対象者・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)					
認定の期間： 年 月 日～ 年 月 日					
利用サービス					
訪問介護	(有・無)	回/週	訪問リハビリ	(有・無)	回/週
訪問入浴	(有・無)	回/週	訪問看護	(有・無)	回/週
通所介護	(有・無)	回/週	通所リハビリ	(有・無)	回/週
短期入所生活介護	(有・無)		短期入所生活療養介護	(有・無)	
福祉用具貸与	(有・無)		訪問薬剤管理指導	(有・無)	
住宅改修(有・無)			福祉用具購入(有・無)		
その他サービス:					
その他特記すべき事項					

主治医ご回答欄(情報提供等、必要に応じてご利用下さい)

居宅介護計画書の送付希望 (無 ・ 有)

年 月 日 医師氏名: