

年 月 日

主治医への連絡票2(意見依頼書)

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

_____より連絡いたします。

● チェックのある項目に関してご回答をお願いいたします。

担当者会議の開催について、下記の日程で担当者会議を予定しておりますので、ご出席の可否についてお返事いただきたく連絡申し上げます。ご欠席の場合は下の回答欄にご意見等を記入いただきますよう宜しくお願いいたします。

開催日時: 年 月 日() : ~ :

開催場所:

内 容: ケアプランについて その他…

介護認定軽度者に対する福祉用具の例外給付の可否についてご意見をいただきたく連絡申し上げます。下記に必要性の有無や意見をご記入のうえ、返信ください。

その他

主治医→居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所

主治医ご回答欄(チェックのある項目にご回答ください)

担当者会議出席(有・無)

担当者会議希望日程(月 日 時)

車いすの必要性(有・無)

ベッド等例外給付の必要性(有・無)

移動用リフト例外給付の必要性(有・無)

※別紙意見書を添付しますのでそちらにご記入お願いいたします。

その他

年 月 日

医師氏名: