

居宅介護支援計画連絡表（照会）

発信日：平成 年 月 日

【H27年9月改訂】

宛て先	← →	発信元
医療機関名 主治医 FAX	先生	事業者 介護支援専門員 FAX (TEL - -)

平素は大変お世話になりありがとうございます。この度先生が診療されている下記の患者様について、先生のご指導・ご意見を頂戴いたしたく存じます。ご回答はFAX等でご返送賜れば幸いです。

【介護支援専門員記入欄】

連絡理由	1、ケアプラン作成(新規・更新・変更・区分変更・その他) 2、相談・問合せ、その他				
利用者氏名		男女	住所		生 年 月 日
					M・T・S 年 月 日
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				介護度
添付資料	無し・有り(居宅サービス計画原案・サービス利用票・その他)				

相談内容及び連絡事項

サービス内容	利用頻度	
訪問看護		
訪問介護		
通所リハビリ		
通所介護		
訪問入浴		
福祉用具		
短期入所		
シルバー人材		
ボランティア		
配食弁当		

上記サービス案でよろしいでしょうか？
 病状的に気をつけることがありますか？

【主治医記入欄】

主治医確認欄	1、特に意見、要望はない 2、意見・要望あり 3、説明希望(面談・電話・メール)
--------	--

主治医意見・要望欄

上記サービス案でよろしい。

上記の通り連絡します。

平成 年 月 日 主治医（自署）