

伊勢地区における主治医と介護支援専門員連携シート



送付日 令和 年 月 日

医療機関名		介護支援事業所	
TEL		TEL	
FAX		FAX	
医師名	様	担当者名	
<p>平素はお世話になっております。</p> <p>下記の利用者様、ケアマネージャーとしてケアプランを作成しております。</p> <p>サービスを提供する上で、先生にご指示を承りたくご連絡いたします。お忙しいところ申し訳ございませんが、ご都合の良い連絡方法で、 月 日 までにご回答をお願いいたします。</p>			
本人・家族の同意		契約時の同意	
利用者		住所	
生年月日	年 月 日 (歳)	TEL	- -
要介護度		有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日

介護支援専門員記載欄

<input type="checkbox"/> 担当者挨拶 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の意見について (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 更新)	
<input type="checkbox"/> 医療系サービス利用について <input type="checkbox"/> 心身状態について <input type="checkbox"/> 福祉用具購入貸与について	
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催あり 開催日時： 月 日 時 分 / 場所	
上記記載欄項目の具体的相談内容	
返信 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

主治医記入欄

回答	
<input type="checkbox"/> ケアプランはこのままでよい <input type="checkbox"/> ケアプランに変更の要望がある	
<input type="checkbox"/> ケアプランに意見があり、説明が必要である <input type="checkbox"/> 電話をします (月 日 時頃)	
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します (<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> その他 []) <input type="checkbox"/> 出席不可	
コメント	
R 年 月 日 主治医	