

医師・ケアマネージャー連絡票

送付日 年 月 日

医療機関名 連絡先	
医師名	

事業者名 連絡先	
担当ケアマネージャー	

● ケアマネージャー ⇒ 医師 ●

_____様 (M. T. S. H. R 年 月 日生) から、ケアプランの作成依頼を受けましたので、よろしくお願ひします。

<主旨>

担当ケアマネージャーであることの挨拶と状況報告をいたします。

ケアプランを作成するにあたり、病状やご意見をお伺ひしたいので、ご多忙のところ恐縮ですが、返信用記入欄にご記入いただき、ご返信くださいますようお願いいたします。

介護サービス利用状況 (年 月 日現在) (要支援 要介護____)

<input type="checkbox"/>	訪問介護	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/>	通所リハビリ	回/月 (曜日)
<input type="checkbox"/>	訪問入浴	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/>	短期入所(生活・療養)	有・無 日/月
<input type="checkbox"/>	訪問看護	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	有・無 (品目:)
<input type="checkbox"/>	通所介護	回/月 (曜日)	<input type="checkbox"/>		

備考 (相談内容の概要等)

● 医師 ⇒ ケアマネージャー ●

記入日 年 月 日

医師 意見・要望	
居宅療養管理指導	I ・ II ・ とっていない

※ 使用しない箇所は斜線を引いてください。