

ケアプラン作成連絡票(返信兼用)

送信日：平成 年 月 日

(医療機関名) _____

(主治医) _____

(所在地) _____

(名称) _____

居宅支援事業者 (担当者) _____

(FAX) _____

(TEL) _____

(E-mail) _____

平素より大変お世話になっております。主治医意見書の記載をおねがいがいたしました方のケアプランを次のとおり作成しました。つきましてはサービス利用者に対し、双方が共通の認識をもち利用者にとってより望ましいサービス提供ができるよう、情報提供をいたしますので、必要な情報提供や助言をご返信くださいますようお願い申し上げます。

情報提供の同意

私は、主治医意見書を記載した医師に認定結果及びケアプランの写しを提供すること及びにケアプラン作成に必要な情報について主治医意見書を記載した医師から提供されることに同意します。

※医師から居宅介護支援事業所等に情報提供される際には、居宅療養管理指導費(介護予防を含む)または診療情報提供料の個人負担金が生じることがあります。

(氏名)

印

1 利用者の状況

申請者	氏名							性別	男・女	
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	(満 歳)		
	要介護認定区分									
	認定の有効期間	平成	年	月	日	～平成	年	月	日	

2 居宅サービスの利用予定・状況

サービス内容	利用状況・予定			サービス内容	利用状況・予定		
訪問介護	生活援助		回/週	通所介護		回/週	
	身体介護		回/週	短期入所生活介護		日/月	
訪問入浴		回/週	短期入所療養介護		日/月		
訪問看護		回/週	福祉用具貸与	品目名			
訪問リハ		回/週	福祉用具購入	品目名			
通所リハ		回/週	住宅改修				
その他							

◆上記のケアプランを作成するにあたり主治医意見書を・・・参照した / 参照していない

3 通信欄

ケアマネージャーから主治医への質問・連絡事項 無 ※ケアマネージャー記載欄

主治医からケアマネージャーへの指導・助言事項 無 ※主治医記載欄

[返信日：平成 年 月 日]

※ この様式は、主治医と介護支援専門員との連携のため、渋川地区医師会、群馬県介護支援専門員連絡協議会渋川圏域支部、渋川市の共同で作成したものです。

ケアプラン作成連絡票(返信兼用)

送信日：平成 年 月 日

(医療機関名) _____

(主治医) _____

(所在地) _____

(名称) _____

居宅支援事業者 (担当者) _____

(FAX) _____

(TEL) _____

(E-mail) _____

平素より大変お世話になっております。下記の方について必要な情報提供や助言をご返信くださいますようお願い申し上げます。

1 利用者の状況

申請者	氏名							性別	男 ・ 女						
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	(満 歳)							
	要介護認定区分														
	認定の有効期間	平成		年		月		日	～平成		年		月		日

2 通信欄

ケアマネージャーから主治医への質問・連絡事項 無 ※ケアマネージャー記載欄

主治医からケアマネージャーへの指導・助言事項 無 ※主治医記載欄

[返信日：平成 年 月 日]

※この様式は、主治医と介護支援専門員との連携のため、渋川地区医師会、群馬県介護支援専門員連絡協議会渋川圏域支部、渋川市の共同で作成したものです。