

ケアプラン作成連絡票(返信兼用)

送信日：令和 年 月 日

(医療機関名)
(主治医)

居宅支援事業者 (所在地)
(名称)
(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(自署)

(代筆の場合) 代筆者氏名(自署)

続柄

1 利用者の状況

Table with columns for applicant name, gender, birth date, and certification details.

2 居宅サービスの利用予定・状況

Table with columns for service content and utilization status, including options for home care, nursing, and other services.

3 通信欄

Form for communication with caregiver and doctor, including checkboxes for questions and guidance.

※ 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：令和 年 月 日

(医療機関名)
 (主治医)

居宅支援事業者

(所在地)
 (名称)
 (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	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	(満 歳)
	要介護認定区分					
	認定の有効期間	令和	年	月	日	～令和 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 ※主治医記載欄
〔返信日：令和 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。