

# 主治医 ↔ ケアマネジャー 連絡票 (様式1)

年 月 日

(医療機関名)

\_\_\_\_\_  
(主治医)

\_\_\_\_\_  
様

\_\_\_\_\_  
事業所名

\_\_\_\_\_  
ケアマネジャー名

\_\_\_\_\_  
TEL

\_\_\_\_\_  
FAX

平素より大変お世話になっております。下記の方の介護支援専門員としてケアプランを作成しております。適切な介護サービスを提供できますよう、必要な情報提供や助言をお願いいたします。

## 【情報提供の同意】

私は、適切な介護サービス提供にあたり、上記のケアマネジャーに必要な医療に関する情報について、主治医から情報提供されることに同意します。

\_\_\_\_\_  
氏名

印

## 1. 利用者の状況

氏名				性別	男	女
生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日生 (満歳)
要介護度認定区分		認定の有効期間		年	月	日 ~ 年 月 日

## 2. 通信欄

【ケアマネジャーから主治医への質問・連絡事項】

ケアマネジャー記載欄

【主治医からケアマネジャーへの指導・助言事項】

主治医記載欄

担当医師名

主治医は、月1回に限り「診療情報提供料」として算定することが可能です。