

ケアマネジャー ⇨ 主治医 連絡票 (様式2)

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

担当ケアマネジャーであることのご挨拶と状況報告をいたします。

様 (年 月 日生)から、ケアプランの作成依頼を受け
ましたので、よろしくお願いいたします。

年 月 日現在の介護サービス利用状況 (要介護度:)

	訪問介護	回 / 月 (曜日)		通所リハビリ	回 / 月 (曜日)
	訪問入浴	回 / 月 (曜日)		訪問リハビリ	回 / 月 (曜日)
	訪問看護	回 / 月 (曜日)		通所介護	回 / 月 (曜日)
	福祉用具貸与			短期入所()	日 / 月
	(品目名)				

上記の利用者様が有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、適切な保健・医療・福祉のサービスを提供するよう支援しております。

何か必要なことがありましたら、ご連絡いただけますようお願いいたします。