

ケアマネジャー → 主治医 連絡票 (様式3)

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、下記の通り情報提供をいたします。

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

平成 年 月 日現在の介護サービス利用状況

	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 (品目名)			短期入所()	日 / 月

2. 通信欄

【ケアマネジャーから主治医への連絡事項】

介護認定の申請を 月 日 にいたしますので、主治医意見書をよろしくお願いいたします。

最近の日常生活状況 (心身の状況・家族の思い・困りごと等)