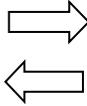


# 主治医連絡票

|       |              |    |
|-------|--------------|----|
| 医療機関名 | 〇〇〇〇病院       |    |
| 主治医   | 刈谷 次郎        | 先生 |
| FAX   | 0566-〇〇-△△△△ |    |



|      |              |  |
|------|--------------|--|
| 事業所名 | 〇〇〇〇事業所      |  |
| 所在地  | 刈谷市〇×△1-1-1  |  |
| 担当   | 刈谷 太郎        |  |
| TEL  | 0566-〇〇-△△△△ |  |
| FAX  | 0566-〇〇-△△△△ |  |

いつもお世話になり誠にありがとうございます。先生が診療されている下記の患者様よりご依頼を受け、居宅介護支援（ケアマネジメント）を担当しております。

つきましては、サービス提供はもとより、利用者様の身体状況等について注意を要する事項等、先生のご指導、ご意見を賜りたく、よろしくお願いたします。

なお、ご回答はFAXまたは郵送にて頂戴できれば幸いです。

### 【介護支援専門員記入欄】

|                                                       |                                     |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|---|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|-----------------|---|
| 連絡理由                                                  |                                     |             |   | 1. ケアプラン作成（新規・更新・区分変更・事業所変更・その他） 2. 相談・問い合わせ 3. 担当者会議出席依頼 4. その他 |                          |        |                 |   |
| 利用者                                                   | 氏名                                  | 刈谷 三郎       |   | 性                                                                | 男                        | 生年月日   | M.T.S 〇〇年△△月□□日 |   |
|                                                       | 住所                                  | 刈谷市〇×△1-1-1 |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| 要介護度                                                  | 支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5                |             |   | 認定有効期間                                                           | 〇〇年△△月□□日～〇〇年△△月□□日      |        |                 |   |
| 添付資料                                                  | あり（ケアプラン原案・利用票・別表・その他（ ））計 枚 ・ なし   |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| サービス内容                                                | ○現在のサービスの利用状況                       |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
|                                                       | <input type="checkbox"/>            | 訪問介護        | 月 | 回                                                                | <input type="checkbox"/> | 訪問入浴   | 月               | 回 |
|                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 訪問リハ        | 月 | 回                                                                | <input type="checkbox"/> | 訪問看護   | 月               | 回 |
|                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 通所介護        | 月 | 回                                                                | <input type="checkbox"/> | 通所リハ   | 月               | 回 |
|                                                       | <input type="checkbox"/>            | 短期入所        | 月 | 日                                                                | <input type="checkbox"/> | 福祉用具貸与 | 品目              |   |
|                                                       | <input type="checkbox"/>            | 住宅改修        |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| 【サービス担当者会議開催日時】                                       |                                     |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| 日時                                                    | 令和                                  | 年           | 月 | 日（ ）                                                             | 場所                       |        |                 |   |
| 相談及び連絡事項                                              |                                     |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| いつも大変お世話になっております。                                     |                                     |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| 〇〇〇〇様のことについて、介護1の認定のため、福祉用具貸与サービス利用する場合には、医師の意見が必要です。 |                                     |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| つきましては、〇〇〇〇様のことについて医学的判断を仰ぎたく思います。                    |                                     |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |
| 宜しくお願いたします。                                           |                                     |             |   |                                                                  |                          |        |                 |   |

### 【主治医記入欄】

|           |                                                                                                           |  |  |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 確認欄       | 1. 特に意見、要望はない 2. 意見・要望あり 3. 説明希望（面接・電話・メール）<br>4. 担当者会議（出席・欠席）                                            |  |  |
| 意見・要望欄    | 福祉用具貸与 □□□の必要性について（ <span style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">あり</span> なし ） |  |  |
| 別紙（あり・なし） |                                                                                                           |  |  |
| 居宅療養管理指導  | あり（Ⅰ・Ⅱ） ・ なし                                                                                              |  |  |

お手数ですが 月 日（ ）までにご返信をお願いします。