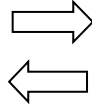


主治医連絡票

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、よろしくお願ひいたします。

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	（男・女）
	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 checked="" type="checkbox"/>	訪問リハ	月 回
	<input checked="" type="checkbox"/>	通所介護	月 回
	<input type="checkbox"/>	短期入所	月 日
	<input type="checkbox"/>	住宅改修	月 回
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴	月 回
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	月 回
	<input type="checkbox"/>	通所リハ	月 回
	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	品目
【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。			
宜しくお願ひいたします。			

【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） 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（ あり ） 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。