

年 月 日

## 居宅介護支援計画連絡表(照会)

医療機関名

主治医

先生

|         |
|---------|
| 事業所名    |
| 所在地     |
| 介護支援専門員 |
| 電話      |
| FAX     |

平素はお世話になりありがとうございます。この度先生が診療されておられる下記の患者様よりご依頼を受け、居宅介護支援計画(ケアプラン)を作成(変更)することになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、ケアプラン作成にあたり下記の点について先生のご意見を賜りたく存じます。

ご回答はFAX又は郵送にてご返送くださいますようお願い申し上げます。なお、サービス担当者会議開催の際には、ご指導くださいますようお願い致します。

**【介護支援専門員記入欄】**

|             |             |  |  |  |                            |  |  |  |  |           |         |     |    |   |        |        |  |  |  |  |
|-------------|-------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|-----------|---------|-----|----|---|--------|--------|--|--|--|--|
| 連絡理由        |             |  |  |  | 1. ケアプラン作成(新規・変更・区分変更・その他) |  |  |  |  | 2. 相談・問合せ |         |     |    |   | 3. その他 |        |  |  |  |  |
| 利用者氏名       |             |  |  |  |                            |  |  |  |  |           | 性別      | 男・女 | 年齢 | 才 |        |        |  |  |  |  |
| 添付資料        | 居宅サービス計画書原案 |  |  |  |                            |  |  |  |  |           | サービス利用票 |     |    |   |        | その他( ) |  |  |  |  |
| 相談主旨・連絡事項概要 |             |  |  |  |                            |  |  |  |  |           |         |     |    |   |        |        |  |  |  |  |
|             |             |  |  |  |                            |  |  |  |  |           |         |     |    |   |        |        |  |  |  |  |

**【主治医記入欄】**

|           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 連絡方法等     | 連絡手段  | 1. 電話 2. FAX 3. 訪問(面談) 4. その他  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 連絡時間  | 1. 右記の日時を指定( 年 月 日 時頃)<br>2. 右記の曜日と時間帯(月 火 水 木 金 土の 時頃)<br>3. 診療時間中いつでも可 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主治医確認・意見欄 | 1. 特に意見希望なし 2. 意見・希望有り 3. 説明希望(電話・FAX・面談)<br>意見・要望等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり連絡いたします。

年 月 日

主治医

---