令和 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  FAX | 事業所名  所在地  介護支援専門員  TEL / FAX |

平素はお世話になっております。下記のご利用者様につきまして、居宅介護支援計画（ケアプラン）を作成（変更）させていただくこととなりました。ご多用中の折、恐縮ではございますが下記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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡理由 | | ケアプラン作成（新規・変更）相談・問合せ　　その他  ) | | | | | | |
| 添付資料 | | 居宅サービス計画書　　　　 サービス利用票　その他    ) | | | | | | |
| 利用者氏名 | |  | | 性　別  男 女 | 男　女 | 年　齢 |  | 歳 |
| 相談主旨・連絡事項 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **ご回答記入欄** | | | | | | | | |
| 連絡方法等 | 連絡手段 | | 電話 ＦＡＸ 訪問(面談) その他 | | | | | |
| 連絡時間 | | 右記の日時を指定　　（　　　　　　　年　　　月　　　日　　　時頃　）  右記の曜日と時間帯　（　　月　火　水　木　金　土　　の　　　時頃　）  診療時間中いつでも可 | | | | | |
| 主治医確認・意見欄 | 意見・要望等 特に意見希望なし 意見・希望あり 説明希望(電話・ＦＡＸ・面談） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

上記のとおり連絡いたします。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　主治医