

**主治医・ケアマネジャー連絡票（１）**

送付日 年 月 日

御中

先生

いつもお世話になり、ありがとうございます。

この度、下記利用者様の（ 介護保険の認定結果 ・ ケアプラン ）につきまして、ご報告いたします。ご高覧の上、返信頂きますようよろしくお願い申し上げます。

利用者名		生年月日	M・T・S 年 月 日（ ）
認定結果	（認定日 年 月 日）	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで

**介護（介護予防）サービスの利用状況**

サービス名	利用曜日・時間・内容	利用事業所
訪問介護		
訪問看護		
訪問リハビリ		
訪問入浴		
通所介護		
通所リハビリ		
短期入所（生活・療養）介護		
福祉用具貸与		
その他		
サービス利用無し（理由：		

備考（状況報告等）

〔 〕

今後とも、ご指導の程お願い申し上げます。（ご連絡・お問合せ等は下記まで）

**【連絡先】**

事業所名		電話番号	
住所		FAX 番号	
担当ケアマネジャー氏名			

**【返信用 医師記入欄】**（記入日 平成 年 月 日）

特に意見なし

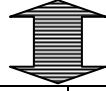
要連絡 〔 連絡票（２）をFAXします 電話をください 〕

〔 〕

主治医・ケアマネジャー連絡票（２）

送付日 年 月 日

医療機関名		電話番号	
住所		FAX 番号	
主治医名			



事業所名		電話番号	
住所		FAX 番号	
担当ケアマネジャー氏名			

利用者名 \_\_\_\_\_ (生年月日) T・M・S 年 月 日生(男・女)  
 (住所) \_\_\_\_\_ (電話番号) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<ケアマネジャーから主治医への相談・問い合わせ等>

<医師からの記入欄>

<p>利用者の病状・経過等、医療面からの日常生活上の留意点</p>
<p>介護（予防）サービス利用に関する留意点</p>
<p>その他（ケアマネジャーへの要望等）</p>