

ケアマネタイム 連携シート

医療機関名	
電話番号	
FAX番号	
主治医	様



事業所名	
及び所在地	
電話番号	
FAX番号	
介護支援専門員氏名	

日頃より、大変お世話になっております。下記利用者様を担当させていただいております。
 介護保険サービス提供にあたり、医学的観点からの主治医の先生のご意見、ご助言を賜りたく思います。
 主治医の先生からいただきましたご意見は、介護保険ケアマネジメントの参考とさせていただきますので、ご多用とご誠誠に恐れ入りますが、趣旨をご了解いただき、返信していただければ幸いです。よろしくお願い申し上げます。

ご本人・ご家族の同意を得てあります。 (同意した日 令和 年 月 日)

本人	氏名		介護度	
	住所		TEL	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	サービス利用状況			
連絡内容・理由		<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 認定更新 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> その他()		
		<相談・連絡事項>		
令和 年 月 日 氏名				

上記の回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします(月 日 時頃 お出でください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時頃 電話ください) <input type="checkbox"/> 文書・FAX 回答します
<内容>	
上記の通り連絡いたします。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日 氏名</div>	