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	

⟷

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、ご多用ところ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　平成　年　月　日）

本人	氏名		介護度	
	住所		ＴＥＬ	
	生年月日	明治　年　月　日生　（　歳）	□男	□女
	サービス利用状況			

連絡内容・理由	□挨拶　□本人の状況の相談・報告　□ケアプラン作成　□サービス内容　□認定更新
	□治療方針　□服薬状況　□留意事項　□地域ケア会議　□その他（　）

＜相談・連絡事項＞

平成　年　月　日　氏名

上記の回答内容	□ 直接会って話をします（　月　日　時頃　お出でください）
	□ 電話で話をします　（　月　日　時頃　電話ください）
	□ 文書・FAX　回答します

＜内容＞

上記の通り連絡いたします。

平成　年　月　日　氏名

かも丸ネット＜加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会＞