ケアプラン作成意見書

|  |
| --- |
| 送付日：　　     年     月6日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |       |
| 住所 |       |
| 電話番号 |       |
| FAX番号 |       |
| 担当ケアマネジャー |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |       |
| 主治医 |        　先生 |
| 所在地 |   |
| 電話番号 |      －    －     |
| FAX番号 |      －    －     |

|  |  |
| --- | --- |
| 　■利用者氏名：　  　様　（  ） | ■生年月日：　      年     月     日 （     歳） |
| 　■利用者住所：　 　 | ■ケアプラン作成事由：　　（     ） |
| この照会を行なうこと及び主治医から情報提供をいただくことについて、ご本人等の同意を得て、ご連絡しております。 |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【居宅介護支援事業所ケアマネジャー記入欄】 |  | 【主治医記入欄】 |
| 認定期間 | 　     年     月     日～　　     年     月     日 |  | ケアカンファレンスの参加 | (　□可　・　□不可　) |
| 要介護度 |  | [ ] 申請中（　　／　　申請） |  |  | ※参加していただける場合は、ケアマネジャーより連絡させていただきます。 |
| 添付ｹｱﾌﾟﾗﾝ案 | [x] あ　り　　　　**・**　　　　[ ] な　し |  |  |  |
| 相談内容 | [x] 報　告 　　[ ] 質　問 　　[ ] ｹｱｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加への問い合わせ |  | 主治医からの回答・助言等 | □ このままでよい |
|  |       |  |  | □ 意見・要望あり |
|  |  |  |  | □ 直接会います（ 　／　　 時　 分頃） |
|  |  |  |  | □ 電話を下さい |
|  |  | 上記の居宅介護ｻｰﾋﾞｽ計画作成依頼者（利用者）の状況について確認しました。 |
|  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  | 主治医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |