

主治医・介護支援専門員連絡票（依頼票）

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 _____ 先生

事業所名 _____

介護支援専門員 _____

所在地 _____

TEL/FAX _____ / _____

下記の利用者（患者）様につきまして、介護保険のケアマネジャーを担当しております。
今回は、次のことをご連絡させていただきましたので、よろしくお願いいたします。

利用者 (患者)	() 氏 名	F A X 用の表示 —	FAX <input type="checkbox"/>
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	

ご 連 絡 の 目 的	<input type="checkbox"/> ①担当ケアマネジャーとなったことのご挨拶
	<input type="checkbox"/> ②介護認定申請のご連絡 ⇒意見書の作成について、よろしくお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 区分変更申請 (申請日 月 日)
	<input type="checkbox"/> ③ケアプランを作成するにあたってのご相談 ⇒別紙の「回答票」や電話などで、ご回答ください。 <input type="checkbox"/> ご相談したいことがありますので、連絡方法をご指示ください。 <input type="checkbox"/> 下記の連絡内容について、ご相談いたします。
	<input type="checkbox"/> ④作成したケアプランの情報提供 ⇒添付のとおりですので、ご確認ください。
	<input type="checkbox"/> ⑤その他 ⇒下記の連絡内容のとおりです。
回答の要否	<input type="checkbox"/> 回答をお願いします <input type="checkbox"/> 特に必要ありません

連 絡 内 容	
------------------	--

主治医・介護支援専門員連絡票（回答票）

令和 年 月 日

事業所名 _____

介護支援専門員 _____ あて

F A X 番号 _____

医療機関名 _____

医 師 _____

利用者 (患者)	氏 名 ()	F A X 用の表示
		—

※連絡方法について照会があった場合に記入

連絡方法	①方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 () ②日時 <input type="checkbox"/> ___月 ___日 の ___時頃に <input type="checkbox"/> 次の曜日・時間帯に 月 火 水 木 金 土 日 の 時___分から 時___分まで ③その他
------	---

回 答 内 容	
------------------	--