

ケアプラン連絡票(返信兼用)

年 月 日

(医療機関名)

(主治医)

事業所名
連絡先
(TEL/FAX)

(担当ケアマネジャー)

平素より大変お世話になっております。

下記の利用者について必要な情報の提供や医学的な助言を頂きたいと思っております。連絡方法についてご指示頂くか、文書による回答をよろしくお願い致します。

1. 利用者の状況

氏名		性別	
生年月日			
要介護認定区分			
認定の有効期間	～		

【現在受けている介護サービス】

訪問介護 通所介護 通所リハ 訪問看護 訪問リハ 訪問入浴 短期入所
福祉用具貸与() その他()

2. ケアマネジャーから主治医への質問・連絡事項

3. 主治医からケアマネジャーへの指導・助言事項 ※主治医記載欄

※ケアマネジャーとの連絡方法

電話をしてほしい(月 日 時頃) 来院してほしい(月 日 時頃)

文書にて回答(下記にご記入下さい)

(医療機関名)

(医師名)

返信日:平成 年 月 日