

(科)

先生 御机下

(事業所名)

(介護支援専門員名)

〒

(住所)

TEL

FAX

E-mail

平素より大変お世話になりありがとうございます。

この度、先生が診療していらっしゃる下記の患者様よりご依頼を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成（変更）することになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、ケアプラン作成にあたり、先生のご指導・ご教示を賜りたくお願い申し上げます。また、訪問看護・訪問リハビリ・居宅療養管理指導・通所リハビリ・短期入所療養介護など医療系サービスの必要性についても併せてご指示をお願い致します。

ご回答は返信用封筒をご利用いただくか FAX でも結構です。先生またはサービス担当事業所からのご意見により、必要に応じてサービス担当者会議を開催致します。その節はご協力をお願い致します。

(依頼日) 年 月 日

【介護支援専門員記入欄】

連絡理由	1. ケアプラン作成（新規・更新・区分変更） 2. 相談・問い合わせ 3. その他		
利用者氏名	様（男・女）	年 月 日生	（ 歳）
利用者住所			
認定機関	年 月 日～	年 月 日	介護度（ ）
添付書類	ケアプラン原案 サービス利用票 その他（ ）		
相談連絡事項			

【主治医ご記入欄】

主治医確認欄	1. 意見要望なし 2. 意見要望あり 3. 説明希望（面接・電話・メール）		
主治医ご意見欄			
医療系サービスの必要性の有無	必要性あり	必要性なし	
<input type="checkbox"/> 訪問看護			
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ			
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士）			
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア）			
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（老人保健施設）			

上記のとおり連絡いたします。

(ご回答日) 年 月 日

(主治医) _____