

介護支援専門員と主治医との連絡票(様式1-2)

医療サービス利用確認書

記

(医療機関名)

岩見沢市立総合病院

(主治医)

様

所在地 〒 _____
 名称 _____
 担当者 _____
 TEL _____ FAX _____

居宅介護支援事業所

平素より大変お世話になっております。下記の利用者様に対してケアプランを作成しております。適切な介護(介護予防)サービスが提供出来ます様、必要な情報提供や助言をお願い申し上げます。

利用者の状況

	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
被保険者	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日 (才)
(利用者)	認定区分	要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	認定の有効期間	平成	年	月 日 ~ 平成 年 月 日

居宅サービス利用状況

サービス利用	利用状況	サービス利用	利用状況
<input type="checkbox"/> (予防)訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> (予防)通所リハ	回/週
<input type="checkbox"/> (予防)訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> (予防)通所介護	回/週
<input type="checkbox"/> (予防)訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> (予防)短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> (予防)訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> (予防)福祉用具貸与	品目		

通信欄

主治医への質問・連絡事項(ケアマネジャー記載欄)