主治医連絡票（要支援用）

【別紙１】

様式１

　　年　　月　　日

医療機関名

主治医

担当いきいき支援センター

受託居宅介護支援事業所

連絡先（いきいき支援センター・受託居宅介護支援事業所）

住所

電話　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

代表者　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　先生

介護予防サービス計画の作成にかかるご協力について

平素は、介護保険事業の推進につきまして格別のご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、先生が担当されている下記の方からご依頼を受け、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（介護予防サービス計画等の作成）を担当させていただくことになりました。

つきましては、介護予防サービス計画等の作成依頼者の状況をお知らせいたしますので、必要がございましたら、ご教示を賜りますようお願い申し上げます。なお、ご返信は、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、いきいき支援センター・受託居宅介護支援事業所までＦＡＸまたは郵送にてお願いいたします。

【計画作成担当者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防サービス計画等依頼者の状況　：　新規・更新・区分変更・その他（　　　　　） | |
| 利用者氏名・生年月日 |  |
| 利用者住所 |  |
| 認定期間 | 年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 |
| 要支援区分 | 要支援１　　要支援２　　前回（　　　　　　　　） |
| 介護認定審査会の意見 |  |
| 添付ケアプラン | あり（ケアプラン・利用票・別表　　　　　　　計　　枚）　・　なし |
| 備考 | サービス担当者会議について以下のように予定しております。  　　月　　日（　　曜日）　　時から　（場所）  ※ご出席いただけない場合は、下欄にご意見をくださいますようお願いいたします。 |

【主治医記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| サービス担当者会議 | ご　　出　　席　　・　　ご　　欠　　席 |
| 主治医意見・要望 | １．このままでよい　２．意見・要望あり　３．説明希望（面接・電話） |
| 居宅療養管理指導 | あり（Ⅰ　　・　　Ⅱ）　　・　　算定なし |

上記介護予防サービス計画等作成依頼者の状況について確認しました。

　　年　　月　　日　　　　　主治医氏名