主治医連絡票【介護予防・生活支援サービス事業対象者用】

　　年　　月　　日

医療機関名

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

主治医

　　　　　　　　　　　　先生

介護予防ケアマネジメントに基づくサービス計画の作成にかかるご協力について

日頃は介護予防事業の推進につきましてご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

貴院を受診中の下記の方からご依頼を受け、介護予防ケアマネジメントに基づくサービス計画を担当させていただくことになりました。

つきましては、介護予防ケアマネジメントの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】

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防ケアマネジメント依頼者の状況 ：　新規・更新・その他（　　　　　） | |
| 利用者氏名・生年月日 |  |
| 利用者住所 |  |
| 基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ有効期間 | 年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 |
| 要支援等区分 | 事業対象者　　　前回（　　　　　　　　　　） |
| 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） |

上記介護予防ケアマネジメントに基づくサービス計画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