

【地域包括支援センター用】

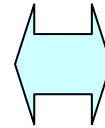
ケアプラン作成意見書

送付先 TEL 0584-81-3341

FAX 0584-77-0767 よろず相談・地域連携課

送付日 年 月 日

介護予防支援事業所名
住 所
TEL 番号 (FAX 番号)
担 当 職 員 名



大垣市民病院 _____ 科

主治医名 _____

●利用者氏名 _____

●生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)

●利用者住所 _____

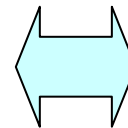
●ケアプラン作成事由:新規・更新・区分変更・事業所変更・その他()

この照会を行うこと及び主治医から情報提供をいただくことについて、ご本人等の同意を得て、ご連絡しております。

【地域包括支援センター職員記入欄】

【主治医記入欄】

認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
添付ケアプラン	あ り ・ な し
相談内容	報 告
	質 問



主治医からの 回答・助言等	1.このままでよい
	2.意見・要望あり
	3.直接会います (/ 時 分 頃)
	4.電話をください

上記の居宅介護サービス計画作成依頼者(利用者)の状況について確認しました。

平成 年 月 日 主治医名 _____

(大垣市民病院様式)