

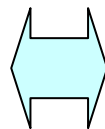
ケアプラン作成意見書

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

居宅介護支援事業所名
住 所
TEL 番号 (FAX 番号)
担当ケアマネジャー氏名



大垣市民病院 _____ 科

主治医名 _____

●利用者氏名 _____ 様

●利用者住所 _____

●生年月日 _____ 選択して下さい _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

●ケアプラン作成事由：選択してください (_____)

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。

【ケアマネジャー記入欄】

| | |
|----------|---|
| 認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 要介護度 | 選択して下さい <input type="checkbox"/> 申請中 |
| 添付ケアプラン案 | <input type="checkbox"/> あ り ・ <input type="checkbox"/> な し |
| 相談内容 | <input type="checkbox"/> 報 告 <input type="checkbox"/> 質 問 |
| | |

【主治医記入欄】

| | |
|----------------------|------------------------|
| 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 (月 日 時 分頃) |
| | 4. 電話を下さい |

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。

年 月 日 主治医名 _____

(大垣市民病院様式)