

# 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

FAX 送付日を入力下さい。

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

各項目について  
入力して下さい。

大垣市民病院

科

主治医名

診療科・主治医名を入力して下さい。  
主治医が不明の場合は空白のままで  
結構です。

●利用者氏名 様

## ●利用者住所

利用者様の情報を入力して下さい。  
個人が特定できるような記入の仕方であれば構いません。

●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（ ）**

和暦を選択して下さい。

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

ケアプラン作成事由を選択して頂き、  
「その他」の場合は、理由も入力して下さい。

各項目について入力して下さい。

【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 ☐ 申請中

## 添付ケアプラン案

☐あり      ☐なし

報告

問 質

## 相談内容

①「報告」か「質問」を選択して頂き、  
②具体的内容を入力下さい。

【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

医師が記入します。

3. 直接会います( / 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)