送付先 TEL 0584-81-3341

FAX 0584-77-0767よろず相談・地域連携課

【居宅介護支援事業所用】

送付日     年     月     日

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 住所 |  |
| TEL番号（FAX番号） |  |
| 担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 大垣市民病院 | 科 |
| 主治医名 |  |

●利用者氏名　　     　様　　 ●生年月日　　　     年     月     日（     歳）

●利用者住所　　     　 ●ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成事由：（     ）

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。

【ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ記入欄】 【主治医記入欄】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定期間 | 年     月     日～     年     月     日 | | |  | 主治医からの  回答・助言等 | １．このままでよい |
| 要介護度 |  | 申請中 | |  |  | ２．意見・要望あり |
| 添付ｹｱﾌﾟﾗﾝ案 | あ　　り　　　・　　　な　　し | | |  |  |  |
| 相談内容 | 報　告 | | 質　問 |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  | 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 | | |