

主治医

事業所連絡先

公立学校共済組合 東海中央病院

住 所

T E L

F A X

先生侍史

担 当 者

日付:

介護(予防)サービス支援計画の作成にかかる連絡について(主治医連絡票)

平素は、円滑な介護保険の推進にご理解・ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。なおご返信につきましても、ご多忙中とは存じますが、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

【事業所記入欄】

介護予防支援サービス計画作成事由	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 事業所変更	<input type="checkbox"/> その他
氏名(フリガナ)	()				生年月日
住 所					
居 所					
認定の有効期間	~				
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 未申請				<input type="checkbox"/> 申請中
日常生活自立度(ねたきり度)			日常生活自立度(認知症)		
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成に当たり、病状などについての指示・確認など				
	<input type="checkbox"/> 医療サービス導入に当たり、主治医の意見相談など				
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記の状況についての相談				
相談内容	<p>【例1】 心不全で高齢の夫と二人暮らしで、症状の観察や内服確認で訪問看護の利用を〇〇(長女など)さんと検討しています。利用してよろしいでしょうか？ 要介護2のため週1回、30分と考えています。</p> <p>【例2】 骨折の術後で活動量が減っています。▽▽さんと相談したところデイケアではなく訪問でのリハビリ利用のご希望がありました。週〇回、〇分、関節可動域訓練と筋力増強訓練、日常生活動作訓練を行うのはいかがでしょうか。リハビリで注意事項がありましたら記載をお願いします。</p>				
添付資料	<input type="checkbox"/> あり () 計 枚				<input type="checkbox"/> なし

【主治医記入欄】

主治医意見・要望	<input type="checkbox"/> 上記で進めてください <input type="checkbox"/> 意見・要望あり <input type="checkbox"/> 説明希望 (受診同行 ・ 電話)				
介護予防居宅療養管理指導	あり	(I ・ II)	・	なし	

上記介護(予防)支援サービス計画作成依頼者(利用者)の状況について確認いたしました。

日付:

主治医氏名