

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)

【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
利用者氏名	生年月日
利用者住所	各務原市
認定の有効期間	~
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
日常生活自立度(ねたきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
日常生活自立度(認知症)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
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 <input type="checkbox"/> ケアプランの確認
相談内容	
添付ケアプラン	<input type="checkbox"/> あり(介護予防サービス支援計画表) <input type="checkbox"/> 利用票    計    枚 <input type="checkbox"/> なし

【主治医記入欄】

主治医意見・要望	<input type="checkbox"/> 1. 計画通りでよい <input type="checkbox"/> 2. 意見・要望あり <input type="checkbox"/> 3. 説明希望(面接・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