介護サービス支援計画にかかる主治医連絡票

東海中央病院
主治医
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

事業所名	
住所	
電話番号	
担当者氏名	

【事業所記入欄】

介護支援サービス計画作成状況	□新規　□更新　□区分変更　□事業所変更 □その他（　　）		
利用者氏名		生年月日	
利用者住所			
認定の有効期間		～	
要介護状態区分		（従前）	
サービス	□訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□訪問リハ □通所介護　□通所リハ　□福祉用具　□ショートステイ		
利用者の状況			

【主治医記入欄】

サービス担当者会議	ご希望の日時等ございましたら、ご記入ください 1．出席する
	2．出席できない　①　電話をしてほしい　②　来院してほしい　③　意見・要望がある　④　このままでよい
意見・要望等	
療養管理指導	□居宅療養管理指導　（　□Ⅰ　□Ⅱ　）　□算定していない

上記介護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しました。

記入日：

主治医氏名：　　印