

ケアマネジャー ⇒ 主治医 連絡票 1

事業所名：
担当者名：



医療機関名：
主治医様名：

_____様の要介護認定 新規 区分変更 更新 申請手続きを行います。

いつもお世話になり、ありがとうございます。利用者様の生活状況等について情報提供させていただきます。後日、利用者様の介護認定が判明した際には、介護保険サービス利用等につきまして、ご助言・ご指導を頂きたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

1、利用者様の状況（認定の結果）

〔氏名〕 _____ 〔性別〕 男 女
 〔生年月日〕 _____ 〔満 歳〕 _____

〔総合事業対象者〕 事業対象者 ※事業対象者とは、25項目の基本チェックリストにより、生活機能の低下が認められた人

〔要支援認定区分〕 要支援1 要支援2

〔要介護認定区分〕 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

〔認定の有効期間〕 _____ ~ _____

2、サービス利用状況

訪問介護 通所介護 通所リハ 訪問看護
 訪問入浴 短期入所 福祉用具貸与 訪問診療
 訪問リハ その他 [_____]

3、利用者様の生活状況・意向並びに援助方針

ケアマネジャーへの問い合わせ先（電話） [_____]

※ この連絡票は介護サービス利用者様及びそのご家族様に対し、個人情報の使用ならびに主治医様との情報交換に関する説明を行い、文書にて同意を頂いた上で送付しております。