送信日：　平成〇〇年〇〇月〇〇日

主治医　⇔　ケアマネジャー　連絡票２（返信兼用）

事業所名： 担当者名：	⇨	医療機関名： 主治医様名：

いつもお世話になり、ありがとうございます。下記の通り、利用者様の要介護認定等の結果が判明いたしましたのでご報告いたします。つきましては、サービス利用にあたり、ご助言・ご指導をお願いいたします。

１、利用者様の状況（認定等の結果）

〔 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、ケアマネジャーからの質問事項

☐ 目標や方向性、予後に関する事項

☐ 医療系サービスに関する意見、留意点など

☐ 介護サービス全般に関する留意事項（内容、頻度等）

☐ 医療上の制限に関する指導、助言（食事、運動、その他）

☐ 緊急時に関する事　　☐ その他

⇨

３、主治医様からケアマネジャーへの記載欄

☐ 目標や方向性、予後に関する意見

☐ 医療系サービスに関する意見、留意点など

☐ 介護サービス全般に関する留意事項（内容、頻度等）

☐ 医療上の制限に関する指導、助言（食事、運動、その他）

☐ 緊急時に関する事　　☐ その他

医療機関名　：

医師名　　：

返信日　　：　　年　　月　　日

下記へご返信ください。ご協力ありがとうございました。

【返信先ＦＡＸ番号・送付状不要】　〔　　－　　－　　〕

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。