

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	****	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（ 1 ）		
有効期間	令和 7年 1月 1日 ~ 令和 9年12月31日		

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与	特殊寝台、特殊寝台付属品、自立型手すり
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	2 回/週	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	主治医からケアマネジャーへ
<p>お世話になっております。**さんの担当ケアマネジャーの蕪島と申します。</p> <p>**さんは、立ちあがりについて、日によりふらつくなど不安定な状態であることから、特殊寝台及び付属品の利用を提案したいと考えております。</p> <p>現在、要介護1で軽度者に対する福祉用具貸与の特例給付に係る確認手続きが必要なことから、先生の医学的所見をお伺いしたく、よろしくお願いたします。</p> <p>事業所名 <u>うみねこ居宅介護支援事業所</u></p> <p>担当ケアマネジャー <u>蕪島 一郎</u></p> <p>電話 <u>△△-1234</u> / FAX <u>△△-3456</u></p>	<p>利用者の状態像(i~iiiのいずれかにチェックを入れてください。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示に定める福祉用具が必要な状態に該当する。</p> <p><input type="checkbox"/> ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示に定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。</p> <p><input type="checkbox"/> iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。</p> <p>記入日：令和 <u>〇</u>年 <u>〇</u>月 <u>〇</u>日</p> <p>主治医氏名 <u>八戸 太郎</u></p>

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	*** **	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（ 1 ）		
有効期間	令和 7年 1月 1日 ~ 令和 9年12月31日		

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	1 回/週	<input type="checkbox"/> その他	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ	新規追加 2 回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	主治医からケアマネジャーへ
<p>いつもお世話になっております。**さんの担当ケアマネジャーの蕪島と申します。</p> <p>今回更新申請で要介護1となりました。</p> <p>現在、週1回の通所介護を利用されておりますが、同居の娘様より、最近歩行する機会も減り、両膝の疼痛を訴え自宅でも横になって過ごすことが増えたとのこと相談がありました。リハビリと疼痛緩和を目的に通所リハビリのご利用を希望されております。</p> <p>つきましては、先生にリハビリの必要性和留意点等のご見解を頂戴したく存じます。</p> <p>事業所名 <u>うみねこ居宅介護支援事業所</u></p> <p>担当ケアマネジャー <u>蕪島 一郎</u></p> <p>電話 <u>△△-1234</u> / FAX <u>△△-3456</u></p>	<p>上記サービス利用について</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 必要である。 留意事項等：次回受診時に説明します。</p> <p><input type="checkbox"/> 不要である。 理由：</p> <p>記入日：令和 <u>〇</u>年 <u>〇</u>月 <u>〇</u>日</p> <p>主治医氏名 <u>八戸 太郎</u></p>

八戸医院 八戸太郎 先生 御待史

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	****	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）		
有効期間			

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input type="checkbox"/> 通所介護	回/週	<input checked="" type="checkbox"/> その他 （通所型サービスC）	1 回/週 （3か月または6か月間）
<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	主治医からケアマネジャーへ
<p>お世話になっております。* * さんの介護予防プラン担当の蕪島と申します。</p> <p>* * さんは、脳梗塞により入院され、退院後は閉じこもり傾向がみられ、フレイル状態にあることから、総合事業の通所型サービスCを利用し、運動習慣の定着を図り、以前のように外出できるよう支援したいと考えております。</p> <p>つきましては、本サービスの利用にあたり、適否についてご確認いただきたく、よろしく願いいたします。</p> <p>事業所名 <u>うみねこ居宅介護支援事業所</u></p> <p>担当ケアマネジャー <u>蕪島 一郎</u></p> <p>電話 <u>△△-1234</u> / FAX <u>△△-3456</u></p>	<p>上記サービス利用について</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 問題ない 留意事項等：なし</p> <p><input type="checkbox"/> 問題あり 理由：</p> <p>記入日：令和 <u>〇</u>年 <u>〇</u>月 <u>〇</u>日</p> <p>主治医氏名 <u>八戸 太郎</u></p>

ケアプラン作成連絡票（介護支援専門員⇔主治医）

1 患者様の介護保険の情報

氏名	** ** *	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23年 4月 5日（満78歳）		
要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 要介護（ 2 ）		
有効期間	令和 7年 1月 1日 ~ 令和 9年12月31日		

2 居宅サービスの利用状況・予定

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	2 回/週	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 住宅改修	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	2 回/週	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週		

3 通信欄

ケアマネジャーから主治医へ	
日頃より大変お世話になっております。 先日は、**様診察の際に、ご意見いただきありがとうございました。 上記利用者様の居宅サービス計画書（ケアプラン）を送付いたしますので、ご査収のほど、よろしくお願 いたします。	
※ケアプランに医療系サービス（訪問看護・訪問通所リハビリ・短期入所療養介護等）を位置づけたこと から、八戸市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例に基づき、主治医にケ アプランを交付するものです。	
令和 年 月 日	事業所名 うみねこ居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー 蕪島 一郎 電話 △△-1234 / FAX △△-3456