　　　　　　　　　　　先生御待史

ケアプラン作成連絡票　　　　　居宅介護支援事業者⇔主治医

１．患者様の介護保険の情報　　※　　　　年　　月　　日付で次のように認定されました。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 | 様 | 性別 | □男　　　□女 |
| 生年月日 | □明治　　□大正　　□昭和　　　年　　月　　日（満　　　歳） | | |
| 要介護認定区分 | □事業対象者　　□要支援（　　　）　　□要介護（　　　） | | |
| 有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | |

２．居宅サービスの利用状況・予定　※ご自宅で次のような在宅サービスを利用されています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス内容 | 利用状況・予定 | ケアプラン概要（課題･目標等） |
| □訪問介護 | 回／週 |  |
| □訪問入浴 | 回／週 |  |
| □訪問看護 | 回／週 |  |
| □訪問リハ | 回／週 |  |
| □通所リハ | 回／週 |  |
| □通所介護 | 回／週 |  |
| □短期入所生活介護 | 日／月 |  |
| □短期入所療養介護 | 日／月 |  |
| □福祉用具貸与 |  | |
| □福祉用具購入 |  | |
| □住宅改修 |  | |
| □その他 |  | |

３．通信欄

|  |  |
| --- | --- |
| ケアマネジャーから主治医への質問・連絡事項 | 主治医からケアマネジャー及び  サービス提供事業者への指導・助言事項 |
| 事業所名  担当　介護支援専門員　　　　　　　℡ | * 上記のサービス利用で問題がない   記入日：令和　　　年　　月　　日  主治医氏名 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和元年５月　八戸市地域包括支援センター