

医療と介護の連携シート(泉大津仕様)

年 月 日提出

医療機関名

主治医

先生

事業所名
所在地
TEL
FAX
介護支援専門員名

平素はお世話になり誠にありがとうございます。この度先生が診療されている下記の患者様よりご依頼を受け、居宅介護支援計画（ケアプラン）を作成（変更）することになりました。

つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、ケアプラン作成にあたり下記の点について先生のご指導・ご意見を頂戴いたしたく存じます。ご回答はFAX等でご返送賜れば幸いです。

なお、先生またはサービス担当事業所からのご意見により、必要に応じてサービス担当者会議を開催いたしますので、その節はご協力をお願い申し上げます。

*本人の同意について ※この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことは、

本人・家族の同意を得ています。

本人の心身状況から同意は得られておりませんが、本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

【介護支援専門員記入欄】

連絡理由	1、ケアプラン作成(新規・更新・区分変更・その他) 2、相談・問い合わせ 3、その他							
利用者氏名		性別	男・女	年齢	歳			
利用者住所	泉大津市							
認定有効期間	年	月	日～	年	月	日	要介護度	支援
相談内容および連絡事項								

【主治医記入欄】

主治医確認欄	1、特に意見、要望はない 2、意見、要望あり 3、説明希望(面接・電話・メール)
主治医意見・要望欄	

年 月 日

主治医 _____ 印 _____