

居宅介護支援事業所 ←————→ 医療機関 FAX シート

平成 年 月 日

病医院名： _____

主治医名： _____ 先生御侍史

発信元 居宅介護支援事業所名： _____

介護支援専門員名： _____

住所： _____

TEL： _____ FAX： _____

Eメール： _____

謹啓

時下先生におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、先生がご担当の患者様（ご利用者様）のケアプランを作成させていただくことになりました。

先生との今後の連絡方法等について下記お問い合わせさせていただきたいと存じます。

謹白

利用者 氏名	様	住 所	
		生年月日	要介護度

(1) 先生へのご連絡方法について

① 1) 訪 問 2) 電 話 3) F A X 4) Eメール

②連絡日時の希望（訪問・電話）について

1) 訪 問 月 日 時頃（ 曜日希望）

2) 電 話 月 日 時頃（ 曜日希望）

(2) 希望される情報提供について

1. 居宅介護サービス計画書(1)①② 2. 居宅介護サービス計画書(2)(週間サービス計画書)

(3) ケアカンファレンスについて

1. 参加希望する 2. 情報提供を行う 3. その他（ ）

(4) ケアカンファレンス開催希望場所について

1. 主治医施設（病医院） 2. 居宅介護支援事業所施設 3. 利用者宅

(5) その他ございましたら、お書き添えください。

病医院名： _____ 医師名： _____

Eメール： _____