

医師と介護支援専門員との連携シート

【FAX送信先】 0564-25-6720

令和 年 月 日

送付先	岡崎市民病院	発信元	事業所名
	科		TEL /FAX
	医師		担当者名
	先生		

様 の介護保険サービス利用に関する(相談・報告・)です。

住 所		生 年 月 日
介護度	認定の有効期間	利用中(予定)のサービス
	R . . ~ R . .	

※申請時の場合は申請日をご記入ください(R . . 付申請)

<介護支援専門員記入欄>

主訴	

原因となる疾病名(症状) と 当該サービスの 必要性及び効果	
---	--

<主治医記入欄> 該当する所に☑をご記入ください

<input type="checkbox"/> 上記のプラン案でよろしいです
<input type="checkbox"/> 特記事項

令和 年 月 日

岡崎市民病院

主治医