

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	リストから選択できます	科	発信元	事業所名	ケアプランセンター ○ ○ ○
	○○○				医師	A
					担当者名	介護 太郎

岡崎花子様 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
岡崎市高隆寺町字五所合3-1		1950年7月1日
介護度	認定の有効期間	利用中(予定)のサービス
要支援2	R 3. 2. 1 ~ R 4. 1. 31	ヘルパー 2回/週 デイサービス 1回/週

※申請時の場合は申請日をご記入ください(R . . . 付申請)

リストから選択できます

医師への依頼を記載してください

<介護支援専門員記入欄>

主訴	軽度者への福祉用具の例外給付について
特殊寝台と特殊寝台付属品のレンタルをしたい。	
あいさつ文は不要です。 箇条書きで要点を明確に記入してください。	

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	例) パーキンソン病があり、一日の中でも状態が変わるため、ひとりでの起き上がりや寝返りが困難になることがある。特殊寝台や寝台付属品を利用することで、起き上がりや寝返りが容易となり安全安楽に日常生活をおくることができる。
-------------------------------------	---

<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

岡崎市民病院

令和 年 月 日

主治医