

柴田町様式 2

介護保険更新時

医師・歯科医師とケアマネジャーの連絡票

年 月 日

医師・歯科医師名
先生

居宅介護支援事業所
担当者名
電 話 _____
FAX _____

下記利用者について以下の介護保険サービス利用継続を本人・家族との話し合いの結果決定いたしましたので、ご報告いたします。

利用者氏名	様	性別 男・女	生年月日 M.T.S	年	月	日
申請中・要介護認定済（要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5）						
訪問介護 （ヘルパー）	訪問看護	訪問入浴	通所介護 （デイサービス）	通所リハビリ （デイケア）		
ショートステイ	福祉用具貸与（ベット・エアマット・車椅子・歩行器・その他）					
状況報告						

ご助言・ご指導等ございましたら、1 ヶ月以内にご連絡いただきたくよろしくおねがいます。もし、このままでよろしければ、この用紙をお手元に保管ください。

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

本票は柴田町医師団・柴田町歯会・柴田町地域包括支援センター・柴田町ケアマネジャー部会で作成したものです。