

平成 年 月 日

医療・介護連絡シート（介護支援専門員⇒主治医）

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

★ 様の今回の介護保険（新規・更新）の結果をお知らせします。  
今後ご相談にあがることもあるかと思いますがご協力よろしくお願ひします。  
また、利用者様のケアプラン等に関することについては私までお問合わせ下さい。

◇介護支援専門員

◇事業所名

T E L

F A X

携帯

今回の要介護度は（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）

認定期間は（H . . ～H . . ）です。

前は（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5）でした。

サービス種別	備考
訪問介護(ヘルパー)	
訪問リハビリ	
訪問看護	
通所サービス(デイサービス・デイケア)	
ショートステイ(特養・老健・療養型)	
訪問入浴	
福祉用具貸与	
住宅改修	
その他( )	

居宅サービス計画は、( ) 前回と変わりません。

( ) 変更しました。

(様式作成) 岸和田市介護保険事業者連絡会  
居宅介護支援事業者部会