

ケアプラン作成に関する連絡票

先生

平成 年 月 日

いつもお世話になっております。この度、ケアマネジャーとして

様 を担当させていただくことになりました。

本来ならば直接先生にお会いしてご挨拶するところですが、書面にて失礼させていただきます。

今後とも、ご指導の程よろしく願いいたします。

事業所名

電話番号

担当者

FAX

《本人状況》

要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
生年月日 M・T・S 年 月 日(男・女)

<返信欄>

1 : ケアプランを先生へ送付させていただきます。該当欄にチェックのうえ返送をお願いいたします。

- ケアプランを 初回のみほしい
 プラン作成・変更ごとにほしい
 一週間のスケジュール(週間サービス計画表)のみほしい
 一カ月のスケジュール(利用表)がほしい (初回のみ 毎月必要)
 不要

2 : 今後の連絡・相談の方法、ご都合の良い時間帯についてお知らせください

《方法》 医師会ケアナタイム参照 ・ TEL ・ FAX ・ 面談 ・ メール(アドレス)

《曜日》 月・火・水・木・金・土・日 いつでも 時間帯: 時 ~ 時

3 : 居宅療養管理指導(有・無)

通信欄 ケアプラン作成にあたり、留意すべきことがございましたらご教示ください。