

## 居宅介護支援計画連絡票

医療機関名(診療科)

居宅介護支援事業所名

主治医

先生 御侍史

住所

電話

FAX

E-MAIL

介護支援専門員名

平素は、円滑な介護保険の推進にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
この度、先生が担当されている下記の方から依頼を受け、居宅介護支援計画(ケアプラン)を作成することになりました。

ケアプラン作成にあたり下記の点について先生のご意見・ご指導を賜りたくお願い申し上げます。

つきましては、ご多忙中、誠に恐れ入りますがご返信は下記の欄をご記入の上、返信用の封筒又はFAXにてご返信いただければ幸いです。

介護支援専門員 記入欄	利用者	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)	
		氏名				
		住所		性別	男・女	
		連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するための意見・相談 <input type="checkbox"/> 担当者会議開催のための照会			
		相談内容	福祉用具の貸与条件(起き上がりができない、寝返りができない等)に該当しない方は福祉用具の貸与が制限されており、それ以外の利用については、下記の状態像が記載された主治医の所見が必要となっています。 お忙しいところ恐縮ですが下記の福祉用具の貸与について、先生のご意見を頂きたいようお願い申し上げます。			
	身体状況又は福祉用具利用状況					
	利用を希望する福祉用具	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置				

主治医からの 返信欄	連絡方法	<input type="checkbox"/> 当文書を回答とします。 <input type="checkbox"/> 別途文書で回答します。 <input type="checkbox"/> 直接会って話します。( 月 日 時頃来院ください。) <input type="checkbox"/> 電話で話します。( 月 日 時頃に電話をください・します)	
	利用者の状態像	<input type="checkbox"/> i. 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に用具を必要とする状態となる者 (例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等)	
		<input type="checkbox"/> ii. 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに用具を必要とする状態に至ることが確実に見込まれる者 (例:がん末期の急速な状態悪化等)	
		<input type="checkbox"/> iii. 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等、医学的判断により用具を必要とする状態に該当することが確実に見込まれる者 (例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避等)	
		<input type="checkbox"/> 現時点では、上記の状態に該当しない。	
	(判断理由)		
	年 月 日	医療機関名	
		主治医名	