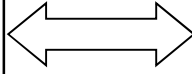


# ケアマネジメント連絡票

① ケアマネジャー  
送信日 年 月 日  
事業所名  
TEL  
FAX



② 医師  
送信日 年 月 日  
病院・医院名  
TEL  
FAX

\_\_\_\_\_ 様 (M.T.S 年 月 日生)  
(要介護度) (認定有効期間)  
要支援 要介護 年 月 日 ~ 年 月 日

の [ ケアマネジャーの \_\_\_\_\_  
主治医の \_\_\_\_\_ ] です。  
下記のとおりご連絡します。

## ① ケアマネジャーより

担当ケアマネジャーとなりましたので よろしくお願ひ致します。(ご挨拶)  
 ケアプランの作成・変更にあたり、病状・留意点等についてのご相談

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## ② 医師より

直接会います (時間帯は 時~ 時頃 )  
-----  
 外来受診時同席願ひます  
-----  
 訪問診療時同席願ひます  
-----  
 電話をください (時間帯は 時~ 時頃 )  
-----  
 サービス提供票を送ってください  
-----  
 計画書1.2.3を送ってください  
-----  
-----  
-----