

多職種連絡票

年 月 日

事業所名		事業所名
氏名 様		氏名 様
所在地		所在地
TEL Fax		TEL Fax

お世話になっております。ご連絡させていただいた件について、下記のとおりお願いいたします。

(利用者の情報)

氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S	年	月	日生 (歳)
連絡内容	<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> 訪問依頼 <input type="checkbox"/> ケアプラン送付 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()				
照会・相談・報告内容					
(返信希望の有無) <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です					
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者※				
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得ています。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ていませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なのでご連絡いたします。 (特記事項:)					

(返信)

内容
(返信希望の有無) <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です 平成 年 月 日 氏名:

※ 総合事業とは、平成 27 年度から新たに開始された市町村事業（地域支援事業）をいう。
 ※ 総合事業対象者は、国の基本チェックリストに該当したもの（介護保険の要支援相当のもの）をいう。