

年 月 日

主治医:

様

事業者名
担当ケアマネジャー

印

介護・介護予防サービスを受ける際の医学的留意事項に関する情報提供について

(依 頼)

介護保険による居宅介護・介護予防サービスを提供する際に、サービス計画作成等に必要な医学的留意事項に関する情報提供(様式2、様式3)をいただきたくご依頼申し上げます。

利用者氏名		住所	
様			
性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
介護度	認定済 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) 申請中		

利用予定のサービス					
	訪問入浴		訪問介護		福祉用具貸与・購入
	デイケア		デイサービス		ショートステイ
	運動機能向上		口腔ケア		栄養改善
	訪問看護		訪問薬剤		
上記サービスを利用するにあたり、以下のような点について留意事項をお願いいたします。					
該当番号に○					
1	入浴に関すること				
2	運動・リハビリ・移動に関すること				
3	食事・栄養改善・口腔機能等に関すること				
4	福祉用具に関すること				
5	訪問看護に関すること				
6	訪問薬剤に関すること				
7	その他の留意点				

居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供をしていただくことについて同意いたします。

利用者氏名

印

令和2年4月1日運用開始

〔作成〕 角田市丸森町地域ケア推進会議(在宅医療・介護連携推進に関する会議)