

医療系サービスの利用確認票

令和 年 月 日

医療機関名

診療科

主治医名

事業所名

介護支援専門員名

連絡先 TEL

返送先 FAX

フリガナ 被保険者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
主治医から意見を伺うことについての本人又は家族からの承諾の有無					有・無
介護度	認定期間				

上記、被保険者につきまして、医療系サービス利用のため下記の点について、主治医のご意見をうかがいたく、下記へのご記入をお願いします。

ケアマネジャーの意見	主治医の意見
1. アセスメントの結果による問題点	1. 居宅サービス()について 必要 不要 (どちらかに○をお願いします)
2. 問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)	*留意点があれば、下記に記載をお願いします。
3. 問題点・援助内容等の中で、医学的見地からうかがいたいこと	
	(記入日) 令和 年 月 日 (主治医氏名)