

# 情報連絡票

年 月 日

<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護サービス
<input type="checkbox"/> 介護支援事業	<input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所名	
事業所番号	
担当者名	
TEL	.....
FAX	.....
E-Mail	

送信 ( 月 日 )

返信 ( 月 日 )

<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護サービス
<input type="checkbox"/> 介護支援事業	<input type="checkbox"/> その他 ( )
事業所名	
事業所番号	
担当者名	
TEL	.....
FAX	.....
E-Mail	

\* 別添資料 (本誌含まず) \_\_\_\_\_ 枚 返信期日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日迄 \* 別添資料 (本誌含まず) \_\_\_\_\_ 枚

(フリガナ)	
氏名	介護保険証番号
性別	TEL

1. 変更	<input type="checkbox"/> ケアプラン変更 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> ケア内容 <input type="checkbox"/> サービスコード <input type="checkbox"/> 日時 <input type="checkbox"/> 回数 <input type="checkbox"/> 単位数 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2. 停廃止	<input type="checkbox"/> サービス停止 → <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 未定 ~ <input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> まで <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> サービス廃止 → <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
3. その他照会事項	<input type="checkbox"/> 問題点要約及び希望対応 (案) 等について <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 (個別援助計画) の作成 (変更の必要性) についての照会事項 <input type="checkbox"/> その他 ( )

4. 返信欄	
--------	--