

サービス担当者会議出席依頼（医師 ⇄ 介護支援専門員・地域包括職員）

日付： 年 月 日

<宛 先>

医療機関名	
主治医名	先生



<発信元>

事業者名		印
管理者名		
職種/担当者名	/	
電話番号		
FAX番号		

平素より大変お世話になっております。

以下の通りサービス担当者会議を開催いたしますので、ご多忙中恐縮ですが、ご出席をお願いいたします。尚、(予防)ケアプラン原案を添付いたしますので、会議を欠席される場合は、サービスを提供する上での留意点やご意見をご指示ください。

ご出席の可否につきまして、太線内にご記入の上、以下の方法で回答をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> FAXにて返信をお願いします	<input type="checkbox"/> 郵送をお願いします(返信用切手同封)
<input type="checkbox"/> 電話をいただければ、取りに伺います	<input type="checkbox"/>

利用者	氏名		性別		生年月日		才
	住所						
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 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					
	有効期間	年 月 日 ~		年 月 日			

開催日時	年 月 日 (曜日) : ~ :
開催場所	<input type="checkbox"/> 利用者自宅 <input type="checkbox"/>
開催目的	<input type="checkbox"/> (予防)ケアプランの新規作成 <input type="checkbox"/> 更新認定若しくは認定区分の変更認定を受けた(又はその予定がある)ため <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を(予防)ケアプランに位置付けたため <input type="checkbox"/> 利用者の状況等に関する情報共有 <input type="checkbox"/>
通信欄	

《 主治医回答欄 》

<input type="checkbox"/> 出席できる <input type="checkbox"/> 出席できない(以下に、サービスを提供する上での留意点や意見をご記入ください)
年 月 日 主治医名: _____ 印

サービス担当者会議出席依頼(医師 ⇄ 介護支援専門員・地域包括職員)

日付: 2019 年 5 月 24 日

<宛 先>

医療機関名	〇〇クリニック
主治医名	院長 〇〇 〇〇先生



<発信元>

事業者名	〇〇居宅介護支援事業所
管理者名	〇〇 〇〇 印
職種/担当者名	主任介護支援専門員 / 〇〇 〇〇
電話番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇

平素より大変お世話になっております。

以下の通りサービス担当者会議を開催いたしますので、ご多忙中恐縮ですが、ご出席をお願いいたします。尚、(予防)ケアプラン原案を添付いたしますので、会議を欠席される場合は、サービスを提供する上での留意点やご意見をご指示ください。

ご出席の可否につきまして、太線内にご記入の上、以下の方法で回答をお願いいたします。

<input checked="" type="checkbox"/> FAXにて返信をお願いします	<input type="checkbox"/> 郵送をお願いします(返信用切手同封)
<input type="checkbox"/> 電話をいただければ、取りに伺います	<input type="checkbox"/>

利用者	氏名	〇〇 〇〇	性別	女	生年月日	昭和10年1月1日	84 才
	住所	〇〇市(町)〇〇町1-1					
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
	有効期間	〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日					

開催日時	2019 年 6 月 20 日 (木 曜日) 13 : 30 ~ 14 : 00
開催場所	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者自宅 <input type="checkbox"/>
開催目的	<input type="checkbox"/> (予防)ケアプランの新規作成 <input checked="" type="checkbox"/> 更新認定若しくは認定区分の変更認定を受けた(又はその予定がある)ため <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を(予防)ケアプランに位置付けたため <input type="checkbox"/> 利用者の状況等に関する情報共有 <input type="checkbox"/>
通信欄	来月末で、要介護2認定の有効期間が終了致します。更新申請時には、主治医意見書作成で大変お世話になり有難うございました。審査会が6月18日(火)に予定されており、6月20日(木)にサービス担当者会議を開催させていただくことになりました。つきましては、医学的見地から生活上の注意点等をご教示いただきたく、ご多忙中のこととは存じますが、ご出席賜りますようお願い申し上げます。

《 主治医回答欄 》

<input type="checkbox"/> 出席できる <input type="checkbox"/> 出席できない(以下に、サービスを提供する上での留意点や意見をご記入ください)
年 月 日 主治医名: 印