

介護情報提供書（手渡し用）

様

事業所名	_____
住 所	_____
電 話	_____
管 理 者	_____
同 意 者	_____ (続柄 _____)

本人・家族の同意を得て、以下の利用者に関する情報を提供します。
 ケアプラン作成上留意すべき事項、または必要な情報があれば、下記の担当介護支援専門員に助言もしくは情報提供をお願いします。また、FAX 送付書の主治医回答欄にご記入の上折り返し FAX していただいても結構です。

氏 名	_____	電話番号	_____
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
住 所	_____		

介護保険被保険者番号				_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
認定日	平成 年 月 日	要介護度	_____	要支援	_____	要介護 1・2・3・4・5	_____	_____	_____	_____	_____
認定の有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日										
サービスの指定	有・無	種類	_____								

担当介護支援専門員からの連絡事項

居宅サービス利用状況

訪問介護	有・無 回/週 (曜日)	訪問入浴	有・無 回/週 (曜日)
訪問看護	有・無 回/週 (曜日)	訪問リハ	有・無 回/週 (曜日)
通所介護	有・無 回/週 (曜日)	福祉用具貸与	有・無 品目 :
通所リハ	有・無 回/週 (曜日)	短期入所	有・無 日/月
特定施設入所者生活介護	有・無 日/月	その他	_____

担当介護支援専門員	氏名 :	連絡先 :
-----------	------	-------

(2006.12.1 様式更新)