

介護情報提供書（FAX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 送信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。

なお、氏名等については事前に電話でお話ししたとおりです。

介護保険被保険者番号																			
認定日	令和	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	令和 年 月 日 ~ 令和 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）