

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式4 (ケアマネジャー⇄医療機関・サービス事業者)

サービス担当者会議への出席について(依頼)

利用者様のサービス担当者会議について、下記の日程で開催することとなりましたので、関係書類(本票含 枚)を送信します。出欠について返答をお願いします。欠席される時は、居宅サービス計画書についてご確認をしていただき、①、②についてのご意見等を記載し、ファクシミリでのご返信をお願いします。

所属

担当者

様

(利用者名 様)

発信者	送信日
	事業所
	担当者
	電話
	FAX

開催日	日時	年 月 日 時 分～	出欠	☐ 出席します ☐ 欠席します
	場所	自宅		※欠席するときは下記欄に記入してください

①居宅サービス計画(1)(2)(3)について、ご確認いただき、下欄の同意にチェックを入れ、ご意見や留意点を記載してください

☐ 同意します

☐ 同意しません

(意見書記載欄)

②(主治医のみ記載)訪問看護、訪問リハ、通所リハ等についてのプラン内容について医学的観点からのご意見や留意点等を下記欄に記載してください。

返信日 年 月 日

返信者氏名