

品川区特例ケース対応相談票

◆照会日(作成日)		年 月 日	
◆居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー		連絡電話番号	()
		ファックス番号	()
◆相談者	氏名	該当者との関係	
	住所	連絡電話番号	()
◆該当者	氏名		
	生年月日	M. T. S 年 月 日 (歳)	要介護度
	住所	連絡電話番号	()
◆相談内容	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 利用料 <input type="checkbox"/> その他 ()		
◆サービス種別	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
◆サービス提供事業所		連絡電話番号	()
◆相談の趣旨・詳細内容 (具体的に記入すること、別紙とする場合でも要約を記入すること)			
<div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div>			
◆対応・ケアマネジャーの意見 (判断を求める内容とその理由・根拠等を具体的に記入すること)			
		<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> ケアプラン表 <input type="checkbox"/> アセスメント表 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議記録 <input type="checkbox"/> その他 ()	

◆区への対応経過・結果等	
○高齢者支援係地区担当意見 (ケアプランチェック)	○総合判断・意見
◎期間： 年 月 日 ~ 年 月 日とし、ケアプラン等の見直しを適時行なうこと	

上記のとおり決定・回答・報告する。

年 月 日 品川区高齢者福祉課

※在支・事業所確認印

高齢者福祉課長	支援調整係長	介護給付係長	高齢者支援第一係長	高齢者支援第二係長	担当者

		担当