

サービス担当者会議出席依頼および日程調整表

診療所用

介護支援専門員から（ 年 月 日）

主治医、診療所へサービス担当者会議の要点を添付して、持参または郵送

医療機関名

主治医名 先生机下

依頼元: 事業所名 介護支援専門員
連絡先 電話 FAX

平素は、お世話になり誠にありがとうございます。この度、先生が診療されている下記の患者様よりご依頼を受け、介護予防支援計画を作成（変更）することになりました。つきましては、ご多忙中誠に恐れ入りますが、先生のご意見を頂戴いたしたく、サービス担当者会議にご出席たまわりますようお願い申し上げます。

“出席予定者”と“検討する項目”は、同封のサービス担当者会議の要点に記載しました。

開催場所は貴診療所を予定しています。（開催場所は、変更可能です。）

医師を交えての協議は、15分以内を厳守いたします。開催開始時刻は厳守いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、この日程調整表を 月 日までに FAX 返信くださいますようお願い申し上げます。

利用者情報: 氏名
病院患者 ID

※ 個人情報保護の観点から患者 ID の記入時は、氏名は姓のみの記入にしてください。

※ 個人情報の保護の観点から、利用者の確認は用紙持参時に行ってください。

開催予定期間: 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

※ 原則として予定期間は10日間前後を設定します。

診療所 主治医から（ 年 月 日）介護支援専門員に FAX にてご返信ください。

出席する	第1希望	年 月 日 曜日 時 分から15分間
	第2希望	年 月 日 曜日 時 分から15分間
	第3希望	年 月 日 曜日 時 分から15分間
	第4希望	年 月 日 曜日 時 分から15分間
	第5希望	年 月 日 曜日 時 分から15分間
欠席する		
開催場所	() 診療所 ※部屋の使用限度時間は、 分間です。	
	() 利用者自宅	
	() 上記以外の場所を介護支援専門員が設定する。	
備考		

なお、ご欠席の場合は、後日、照会状をお届けいたします。よろしくお願い申し上げます。

介護支援専門員から（平成 年 月 日）出席医師に、事前資料と共に郵送または持参します。

主治医様、ご多忙中ご参加たまわり誠にありがとうございます。会議開催日時が決定いたしました。本日、「事前資料」（利用者基本情報、介護予防サービス支援計画表）をお届けいたしました。ご査収たまわりますようお願い申し上げます。

開催日時: 平成 年 月 日 曜日 時 分から15分間

開催場所: _____

※ 部屋の使用限度時刻は、 時 分までです。