

# サービス担当者会議出席依頼および日程調整表

湖南病院・済生会滋賀県病院・済生会守山市民病院・野洲病院 勤務医師用

介護支援専門員から（ 年 月 日）

各病院指定担当部署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

湖南病院 事務部

済生会滋賀県病院 社会福祉事業課 診療科 \_\_\_\_\_ 科

済生会守山市民病院 医療連携室

野洲病院 地域医療診療部 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。

開催場所は貴病院を予定しています。（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。

※ 主治医外来終了後でも可能であれば（ ）に○をつけてください。

各病院担当部署から（ 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				
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（ 年 月 日）各病院指定担当部署に FAX 送信します。

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）を別送いたしました。ご査収たまわりますようお願い申し上げます。

開催日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 曜日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分から15分間

各病院担当部署から（ 年 月 日）介護支援専門員に FAX 送信します。

開催場所： \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 室

※ 部屋の使用限度時刻は、\_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分までです。

（病院勤務医師との調整は、ある程度日数がかかります。余裕を持って日程調整してください。）