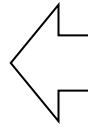


# 介護情報提供書

年 月 日

|      |   |
|------|---|
| 事業者名 |   |
| 担当者名 | 様 |
| TEL  |   |
| FAX  |   |



|      |  |
|------|--|
| 事業者名 |  |
| 担当者名 |  |
| TEL  |  |
| FAX  |  |

下記利用者の介護サービス提供やケアプランに対する意見・要望・質問・回答、今後のサービス提供やケアプラン作成にあたってご注意いただく事項等を送付しますのでよろしくお願ひします。

## 【利用者】

|       |         |      |                 |
|-------|---------|------|-----------------|
| 利用者氏名 | 様 (男・女) | 生年月日 | M・T・S 年 月 日生(才) |
|-------|---------|------|-----------------|

## 【介護サービス提供時の状況・ケアプランに対する意見・要望・質問・回答など】

|     |  |
|-----|--|
| 内 容 |  |
|-----|--|

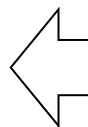
## 【情報共有の要望等】

|      |  |
|------|--|
| 共有方法 | 1. 電話連絡希望 (希望日時等 )<br>2. FAX回答希望<br>3. 面談希望 (希望日時等 )<br>4. サービス担当者会議開催希望 あり・なし |
|------|--|

..... キリトリ線 .....

年 月 日

|      |   |
|------|---|
| 事業者名 |   |
| 担当者名 | 様 |
| TEL  |   |
| FAX  |   |



|      |  |
|------|--|
| 事業者名 |  |
| 担当者名 |  |
| TEL  |  |
| FAX  |  |

## 介護情報提供書 (回答)

|                |  |
|----------------|--|
| 利用者の<br>イニシャル等 |  |
| 回 答<br>(返 信)   |  |