介護支援専門員　相談用紙（ＦＡＸ用）

（ 県 北 ・ 中 央 ・ 県 南 ）相談部会　相談員　宛て

ＦＡＸ：　　（　　）

フリガナ 氏　　名				
登 録 番 号	ＮＯ.			
所属事業所名				
市 町 村 名	（事業所のある市町村名を記入）			
連　絡　先	ＦＡＸ		回答の	
	電　話		希望先	
	E-mail		に○印	

相　談　内　容

相談コード　（相談内容について、○をつけてください。）

1 ケアマネジメント
　①アセスメント　②ケアプラン　③サービス調整　④モニタリング　⑤サービス担当者会議
2 予防マネジメント
　①アセスメント　②ケアプラン　③サービス調整　④モニタリング　⑤サービス担当者会議
3 社会資源の紹介　4 主治医連携
5 地域包括支援センター連携
　①総合相談 ②虐待防止 ③予防給付のケアマネジメント ④介護予防事業のケアマネジメント
6 対人援助技術　7 制度説明・確認　8 研修・学習　9 個人の悩み相談
10 困難事例　11 同行訪問　12 その他

受付日：平成　　年　　月　　日　　取扱者