

FAX送信票

医師と介護支援専門員の連絡表

平成 年 月 日

宛 先	医療機関名	← 信 元	介護事業所名
	住所		住所
	医師 先生 (宛)		TEL FAX 氏名 (発信)

日ごろより大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡を取りたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答お願いいたします。

※なお、この照会を行うこと及び先生から情報いただくことについては

ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。

同意日 年 月 日

ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名		介護度	
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	男・女	
照会目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状や状態についての指示・確認など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について			
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶				
<照会・相談内容等>				
担当介護支援専門員名：				

医師からの回答(返信)

※この連絡表での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時： 月 日 時頃に来院ください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時： 月 日 時頃に電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します(診療情報提供書) <input type="checkbox"/> FAXで回答します <input type="checkbox"/> メールで回答します
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します(<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出席しません	

医師からの返信事項

平成 年 月 日	医師名
----------	-----