

送付枚数(本紙含む)

枚

送付日:

年(R

年)

月

日

医師とケアマネジャーの連絡票 (電話連絡の上、FAXすること!!)

医療機関名		← ⇒	事業所名	
診療科	科		事業所住所	
担当医	先生		担当 ケアマネジャー	
☎			☎	
FAX			FAX	
メールアドレス			メールアドレス	

ケアマネジャー記入欄

*下記の方の担当介護支援専門員(ケアマネジャー)です。

フリガナ		様	診察券(カルテ)ID		
氏名			男・女	生年月日	年(T/S

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

本人・家族の同意を得てのご連絡です。

同意日: 年(R 年) 月 日

本人・家族からの同意は得られておりませんが、本人のために必要があり連絡します。

照会 依頼 目的	① <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになったご挨拶	【備考】
	② <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具貸与(車椅子・ベッド等)	
	③ <input type="checkbox"/> ケアプランの確認	
	④ <input type="checkbox"/> 訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ等の利用	
	⑤ <input type="checkbox"/> 主治医意見書の依頼(新規・区変・更新)	
	⑥ <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	
	⑦ <input type="checkbox"/> その他()	

医師記入欄

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

回答 内容	① <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー、確認	【ご意見】
	② <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具貸与(ベッド・車椅子等)が必要	
	③ <input type="checkbox"/> ケアプラン内容確認	
	④ <input type="checkbox"/> 訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ等の利用の承諾	
	⑤ <input type="checkbox"/> 主治医意見書 承諾	
	⑥ <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	
	⑦ <input type="checkbox"/> その他()	

回答 方法	<input type="checkbox"/> 来院 (日時等)	<input type="checkbox"/> 要事前連絡
	<input type="checkbox"/> 電話 (日時等)	<input type="checkbox"/> 電話します <input type="checkbox"/> 電話ください
	<input type="checkbox"/> 文書 (<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール)	<input type="checkbox"/> 添付の書類で後日回答します