

医療と介護の連絡シート

ケアマネジャーから医師へ

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">医療機関の名称</td></tr> <tr><td>宛 主治医</td><td style="text-align: right;">先生御侍史</td></tr> <tr><td>先 連絡先</td><td></td></tr> <tr><td>TEL</td><td style="text-align: right;">FAX</td></tr> <tr><td colspan="2">(事務・地域連携ご担当者)</td></tr> </table>	医療機関の名称		宛 主治医	先生御侍史	先 連絡先		TEL	FAX	(事務・地域連携ご担当者)			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">介護事業所の名称</td></tr> <tr><td>発信元 所在地</td><td></td></tr> <tr><td>連絡先</td><td></td></tr> <tr><td>TEL</td><td style="text-align: right;">FAX</td></tr> <tr><td colspan="2">介護支援専門員</td></tr> </table>	介護事業所の名称		発信元 所在地		連絡先		TEL	FAX	介護支援専門員	
医療機関の名称																						
宛 主治医	先生御侍史																					
先 連絡先																						
TEL	FAX																					
(事務・地域連携ご担当者)																						
介護事業所の名称																						
発信元 所在地																						
連絡先																						
TEL	FAX																					
介護支援専門員																						

平素は大変お世話になっております。下記の利用者さまにつき、先生のご意見を伺いたいと思います。お忙しいところ恐縮ですが、下記のご都合の良い連絡方法にてご回答頂けますようお願い申し上げます。

* 下記の照会及び先生よりご回答を頂くことに関して
 ご本人もしくはご家族の同意を得ています
 ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人に必要なため連絡させていただきます

利用者	氏名	介護認定	申請中(新規・更新・変更)
	現住所	連絡先	要支援1・2
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)		要介護1・2・3・4・5
	照会内容		男 ・ 女
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議・ケアプラン作成時における医学的意見 <input type="checkbox"/> 医療系サービスの導入にあたり、主治医の意見 <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具貸与の例外給付について <input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更の意見書作成について <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー等になった挨拶と、今後の連絡方法について <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況に関する相談		
	[相談内容等]		

連絡方法及び医師からの回答(返信)

医師からケアマネジャーへ

連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をしたいので 月 日 時頃にご来院ください。 <input type="checkbox"/> 電話でお伝えしますので 月 日 時頃に(電話をください ・ 電話をします) <input type="checkbox"/> 文書により回答します。(この文書で回答します ・ 診療情報提供書で回答します) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に(出席します ・ 出席できないのでこの文書で回答します)
	[主治医からの回答及び医学的意見]
	[今後の連絡方法] 1.電話 2.FAX 3.訪問 4.メール [曜日・時間帯] 1.診療時間中いつでも可 2.次の曜日と時間帯[毎週 曜日の 時頃]
	平成 年 月 日 医師名 印

*この文書による回答では、診療情報提供書料は算定できません。