

# F A X 送 信 票

## 医師と介護支援専門員の連絡表

平成 年 月 日

|        |           |       |                       |
|--------|-----------|-------|-----------------------|
| 宛<br>先 | 医療機関名     | ← 信 元 | 介護事業所名                |
|        | 住所        |       | 住所                    |
|        | 医師 先生 (宛) |       | TEL<br>FAX<br>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<br>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 |
|----------|-----|