

F A X 送 信 票

医師と介護支援専門員の連絡表

① - 2

平成 ○年○月○日

宛 先	医療機関名	発 信 元	介護事業所名 AAA
	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	要介護3
	住所	萩原○○	TEL	88-○○○○
	生年月日	明・大・昭 10年10月10日生(81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>

○△様の担当ケアマネジャーになりました△△です。宜しくお願いいたします。

○△様 要介護2から要介護3になりました。

褥瘡の治療のため訪問看護を利用し状態の悪化を防止したいと考えています。

訪問看護指示書のお願いと、通所リハビリの利用について先生からの医学的ご意見や指示などについてご指導を宜しくお願いいたします。

介護支援専門員△△

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 時ごろに電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します(診療情報提供書) <input checked="" 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出席します(診療所 利用者宅 施設 その他) 出席しません

医師からの返信事項
 こちらこそ宜しく
 褥瘡の処置は訪問看護に指示を出すのでステーションから連絡するように。
 通所リハビリでの血圧は160/100mmHg~100/50mmHg 入浴可能 kt37.5℃で可能
 左半側空間無視あり移動に注意
 褥瘡はよくなってきているが油断しないように

平成 年 月 日 医師

御殿場市医師会