

## ②一別紙

(利用者様ご案内)

平成 年 月 日

様

事業所名： \_\_\_\_\_

### 医師との連携についてのお願い

貴殿のより良いケアプランの作成とサービスの円滑な実施のため、今後ご担当の

\_\_\_\_\_先生と連携をとって参りたいと考えております。

そのために、作成したケアプランを医師に送付したり、介護支援専門員と医師との間の「連絡表」などを用いて、必要に応じ医師から医療的な観点からの意見などをいただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

なお、医師から介護支援専門員に対して情報を提供する際、医療費として「診療情報提供料」が算定されることがあります（1割負担 250円、2割負担 500円、3割負担 750円で、後日、通院されたときに医療機関から請求があります）。

提供される情報の内容や医療機関による取り扱いの違いがありますが、このような料金が掛かる場合がありますので、ご理解いただきますようお願いいたします。

ご不明なことがございましたら、下記にお問い合わせください。

担当介護支援専門員：

住所：

電話：