

# F A X 送信票

## 医師と介護支援専門員の連絡表

年 月 日

宛  先	医療機関名	発	介護事業所名
	住所	信	住所 TEL
	医師 先生 (宛)	元	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	
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)		男 ・ 女

照 会 目 的

- 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
- 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
- サービス担当者会議における医学的意見について
- 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
- 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
- 利用者の下記状況についての相談
- 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

年 月 日 医師名

御殿場市医師会