ＦＡＸ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 住所 医師　　先生　（宛）	発信元	介護事業所名 住所 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	
	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	□直接会って話をします　（日時：　　月　　日　　時頃に来院ください）
	□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）
	□文書で回答します（診療情報提供書）　□FAX で回答します　□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