医 師 と 介 護 支 援 専 門 員 と の 連 絡 票

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名：  住　所：  医師名：　　先生（宛） | 送信  返信 | 介護事業所名：  住　所：  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  担当介護支援専門員： |

日頃より、大変お世話になっております。下記のご利用者様の介護支援専門員を担当しております。ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。

　なお、この照会を行うことについては、ご本人・ご家族の同意を得ています。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送　　　　　　信 | 利用者 | 氏　名 | （ふりがな） | 生年月日 | 明・大・昭　　年　 月　 日生　　歳 | | |
| 住　所 |  | | | 性別 | 男・女 |
| 介護度 | 認定済 〔 要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５ 〕　　申請中 | | | | |
| 照会内容 | | * １.担当介護支援専門員になったご挨拶です　※返信不要です | | | | |
| * ２.ご相談したいことがあります　※ご都合の良い連絡方法等をご回答ください | | | | |
| 相談内容 | | □ サービスを受ける際の「医学的留意事項」 | | | | |
| □ サービス担当者会議について | | | | |
| □ 福祉用具貸与・購入における意見について | | | | |
| □ 医療系サービスを導入するにおける意見・相談 | | | | |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 【内容等の詳細】 | | | | | | |

医師からの回答（返信）

【医師記載欄】　※この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 返　　　信 | 連絡方法等 | □ 直接会って話をします 〔　 年 　月 　日　　時頃に来院ください 〕  □ 電話で話をします　　 〔　 年　 月　 日　　時頃に電話を ください・します〕  □ 文書で回答します　　 〔 　年 　月 　日　　以降に来院ください〕 |
| サービス  担当者会議 | □ 出席します　□診療所　□利用者宅　□施設　□その他（　　　　　　）  　　＊第１希望　　月　　日　　時頃　　＊第２希望　　月　　日　　時頃 |
| □ 出席しません　※連絡事項がございましたら空欄にご記載願います |
| 年　　　月　　日　　　　　氏名 | |

上都賀郡市医師会北部医師団・日光市ケアマネジャー連絡協議会