

医師と介護支援専門員との連絡票

発信日 令和 年 月 日

※ 令和 年 月 日 までにご返信お願い致します。

宛先	医療機関 住所 医師 先生(宛)	発信元	居宅介護支援事業所(名刺を貼ることもできます) 住所 TEL FAX E-mail 氏名
----	---------------------------	-----	---

日頃から大変お世話になっております。下記の件につきましてご連絡致しました。なおご都合の良い連絡方法等によりご回答いただきますようお願い致します。

この照会を行うこと及び情報提供いただくことにつきましては、
 からの同意を得て連絡しております。同意日 年 月 日
 ご本人の心身の状況から同意を得られておりませんが、本人のために必要があり連絡しております。

利用者	氏名	フリガナ	介護度	
	生年月日	年 月 日	歳	性

照会目的	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> 介護認定申請の連絡 主治医意見書の予診票の提出 申請形式 申請日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたっての相談 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの意見・相談など <input type="checkbox"/> その他 (下記の相談内容の通りです)
------	--

<相談内容等>

連絡、確認のみ(返信は必要ありません)
 上記の件についてご回答のほどよろしく願いいたします

医師からの回答(返信)

*この連絡票の回答では、診療情報の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 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail

<回答>

令和 年 月 日
医師名