

医師とケアマネジャー連絡票

令和 年 月 日

医療機関名
主治医 (診療科)
TEL
FAX

事業所名
担当ケアマネジャー
TEL
FAX



*お世話になっております。以下の利用者について先生とご連絡を取りたいと思います。

- この連絡票について ご返信を頂きますよう、宜しくお願い致します。 返信は不要です。
- 先生とご連絡を取ることはご本人またはご家族より了承いただいております。
- ご本人の心身の状態から同意を得られていませんが、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	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生(才)
	住所	電話		
	介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中

【ケアマネジャーよりの連絡内容】

連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時のご意見について(新規・更新・区分変更・プラン変更時・退院後・その他)
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状についての意見・指示について
	<input type="checkbox"/> 相談、連絡、報告事項等
	<input type="checkbox"/> 医療系サービス導入について
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催 令和 年 月 日() 時 分～ 場所： _____
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)におけるご意見・相談について
	<input type="checkbox"/> その他：面談希望について・担当ケアマネジャーになったご挨拶 等
<input type="checkbox"/> 添付資料 (<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 無)	

補足内容

【医師からの返信内容】

*この連絡票で診療情報提供料の算定はできません

面談	<input type="checkbox"/> 受診時に同行して下さい <input type="checkbox"/> 来院するなら	月 日 曜日	時頃
電話	<input type="checkbox"/> こちらからします <input type="checkbox"/>	月 日 曜日	時 頃に連絡下さい
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	不参加の場合は以下にご意見、ご助言をご記入下さい	
連絡票を	<input type="checkbox"/> 確認しました <input type="checkbox"/>	以下にて返事します	

ご意見・ご助言

令和 年 月 日 氏名