

# 主治医と介護支援専門員の連絡票

平成 年 月 日

<b>依頼元</b>	
事業所名	
担当者名	
電話番号	
Fax 番号	
E-mail	



<b>依頼先</b>	
医療機関名	
主治医名	先生御侍史
電話番号	
Fax 番号	

日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記の内容につきまして、ご回答をお願い申し上げます。

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	( 歳)
住所				TEL	
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプランの作成にあたり、病状等の指示・確認 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談 <input type="checkbox"/> 利用者の状況についての相談 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催についての連絡 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
＜利用者の照会・相談内容等＞					
担当介護支援専門員名					

\*\*\*\*\* 主治医回答欄 \*\*\*\*\*

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 会って話をします ( 月 日 時 分頃に来院してください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします ( 月 日 時 分頃に電話をください) <input type="checkbox"/> 文書 (FAX またはメール) で回答します
＜主治医からの回答・助言等＞	
平成 年 月 日 氏名	

鈴鹿市地域包括在宅医療ケアシステム運営委員会取り決め様式

※ (注) この様式では「診療情報提供料」の算定はできません。