

医師と介護支援専門員の連絡票

利用者	氏名 (イニシャル)		介護度	申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女
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"/> 利用者の医療・看護・病状の医学的意見・指示について <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・相談など <input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
〈相談内容等〉				
担当介護支援専門員名				

医師からの回答(返信)

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<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で回答します
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します(<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出席しません	
平成 年 月 日 医師名	