一宮市　主治医・ケアマネジャー FAX連絡票

 発信日 　　　　　　年　　　月　　　日（本状含め　　　枚送信）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛　　先 | 医療機関名医師名：　　　　　　　　　　　先生  |  | 発 信 元 | 施設名担当者名： |
| TEL（　　　　）　　　－ |  | TEL（　　　　）　　　－ |
| FAX（　　　　）　　　－ |  | FAX（　　　　）　　　－ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 要介護度 | □ 要支援（ 1　2 ）　□ 申請中□ 要介護（ 1　2　3　4　5 ） |
| 住所 |  | 生年月日 | 明・大・昭 　　年 　　月 　　日（　　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡目的 | □ 1．介護認定申請の連絡 （ □新規　・　□更新　・　□区分変更 ） |
| □ 2．サービス担当者会議への出席依頼 （ケアプラン案添付：□有 ・ □無 ）日 時：　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分場 所： |
| □ 3．医療系サービスの導入にあたり、医師の意見・相談について |
| □ 4．利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について |
| □ 5．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答希望 | □ 回答をお願いします□ 回答は必要ありません |
| 本人家族の同意 | □ 本人･家族の同意を得て連絡しています□ 本人･家族の同意は得られていませんが、必要と判断して連絡しています |

**医師の回答・意見欄 （返信日：　　　月　　　日）**

|  |  |
| --- | --- |
| 回答方法 | □ 電話で回答します → 　　月　　日　　時　　分頃に 電話をください□ 面会で回答します → 　　月　　日　　時　　分頃に 来院してください□ この連絡票で下記のとおり意見・回答します |
| サービス担当者会議 | 会議出席有無（　□ 出席します　　・　　□ 出席できません　）ケアプラン案（　□ 案のとおりでよい　　・　　□ 意見あり　） |
| 意見・回答 | 医師名（　　　　　　　　　　　　　） |

一宮市在宅医療・介護連携推進協議会