

一宮市 主治医・ケアマネジャー FAX 連絡票

_ 発信日 _ 平成 年 月 日 (本状含め 枚送信)

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

| | | | | |
|-----|----|--|------|---|
| 利用者 | 氏名 | | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1. 介護認定申請の連絡 (<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 更新 ・ <input type="checkbox"/> 区分変更) |
| | <input type="checkbox"/> 2. サービス担当者会議への出席依頼 (ケアプラン案添付: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 日時: _____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時 _____ 分 場所: _____ |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 5. その他 (_____) |
| 相談内容等 | |

| | |
|---------|---|
| 回答希望 | <input type="checkbox"/> 回答をお願いします <input type="checkbox"/> 回答は必要ありません |
| 本人家族の同意 | <input type="checkbox"/> 本人・家族の同意を得て連絡しています <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 電話で回答します → _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃に 電話をください <input type="checkbox"/> 面会で回答します → _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃に 来院してください <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 出席します ・ <input type="checkbox"/> 出席できません) ケアプラン案 (<input type="checkbox"/> 案のとおりでよい ・ <input type="checkbox"/> 意見あり) |
| 意見・回答 | 医師名 (_____) |