

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	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. 入退院の連絡
	<input type="checkbox"/> 6. 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 ()