

医療と介護の連携 連絡票 (FAX照会)

TEL _____ 先生
 FAX _____

事業所名称
 所在地
 TEL
 FAX
 担当者

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、ご意見をいただきたいと思ひます。
 お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合のよい連絡方法を含めて、ご回答をお願い致します。

利用者	氏名	様	介護度	
	住所		TEL	
	生年月日	年 月 日生 (歳)		男 ・ 女
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後・状態変化時のケアプラン作成時の医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について			
	<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"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・助言など			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
<相談内容等>				

【医師記入欄】

* この連絡票での回答は、診療情報提供料の算定対象にはなりません。

回答方法	<input type="checkbox"/> FAXで回答	<input type="checkbox"/> 別紙文書で回答 (枚)
	<input type="checkbox"/> 電話で回答 (日時: 月 日 時頃に電話を ください・します)	
	<input type="checkbox"/> 直接会って回答 (日時: 月 日 時頃に来院ください)	
	<input type="checkbox"/> メールで回答 メールアドレス:	

医師意見・要望欄

上記のとおり回答いたします。
 令和 年 月 日

【医師名】 _____