

連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関名	発行元	介護事業所名
	住所		住所 TEL FAX 氏名 (発信)
	様		

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	フリガナ 氏名		介護度	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	住所	〒	TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男・女
照会目的	<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"/> 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・相談など			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
相談内容				

医療側からの回答(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
返信記載欄	

上記の通り、回答致します。

平成 年 月 日 氏名 _____