

(送付書省略)

医師と介護支援専門員等との連絡票

(新)様式

発信日 令和 年 月 日

(注: 担当者会議の1週間前には連絡する事。日数が短い場合、希望日に返信できない場合がある事を了承)

※ 令和 年 月 日 までにご返信お願い致します。

宛 先	医療機関名	発 信 元	所 属		
	医師名 先生(宛)		氏 名 電 話 FAX E-mail		
日頃から大変お世話になっております。下記の件につきまして先生にお伺いしたい事がございます。 お忙しいところ誠に恐れ入れますが、ご回答またはご都合の良い連絡方法をお知らせ下さるようお願いいたします。 * なお、この連絡を行う事及び先生から情報提供照会をいただくことについては、 ☐ ご本人・ご家族 からの同意を得て連絡しております。同意日 年 月 日 ☐ 利用者・家族の同意は支援開始時に包括同意を得ており、利用者の心身状況から必用と判断し連絡しております。					
利 用 者	氏 名	フリガナ	性 別	生年月日	介 護 度
				年 月 日 生	
照会目的		☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶 ☐ ケアプラン作成にあたっての相談 ☐ その他 (下記の相談内容の通りです)			
<相談内容等>					
☐ 連絡、確認のみ(返信は必要ありません)					
☐ 上記の件についてご回答のほどよろしくお願いいたします (での回答を希望します)					

医師からの回答(返信)

* この連絡票のみの回答では、診療情報提供料の算定はできません

連絡方法等	☐ 文書で回答します	☐ FAX	☐ E-mail
	☐ 当院で話をします	(第1希望: 月 日 時)(第2希望: 月 日 時)	
	☐ 電話をして下さい	(希望日時: 月 日 時)取次担当:	
<回 答>			
☐ 連絡・照会いただいた内容でよいです。			
令和 年 月 日 医師名			