医 療 ・ 介 護 情 報 F A X 連 絡 票

年　　月　　日

機関 氏名 住所 TEL　　FAX	⇒ ⇐	機関 氏名 住所 TEL　　FAX

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、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も、ご回答をお願いいたします。

患者 利用者	氏名	男 女	生年月日 T S 年 月 日	介護度	申請中　要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

照会目的	☐ 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　☐ ケアプランの内容について ☐ 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について ☐ ｻｰﾋﾞｽ担当者会議の出欠及び医学・介護的意見について　欠席の場合は、　月　日まで回答を下さい ☐ 退院時会議の出欠及び医学・介護的意見について　欠席の場合は、　月　日まで回答を下さい 年　月　日　時　分　開催場所（　　） ☐ 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 ☐ 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 ☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶 ☐ 患者・利用者の下記状況についての相談 ☐ 居宅療養管理指導の件　☐ 医療の相談　☐ 介護の相談　☐ 認知症の相談 ☐ 歯の相談　☐　☐ ☐ 服薬の相談　☐ 在宅訪問服薬管理指導　☐

相談内容

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	☐ 直接会って話をします　月　日　時　分 頃　☐ 来院・来社して下さい　☐ 伺います（　　） ☐ 電話で話をします　月　日　時　分 頃　☐ 電話下さい　☐ 電話します ☐
会議	☐ サービス担当者会議　☐ 退院時会議　に　☐ 出席します　☐ 欠席します

回答

平成　　年　　月　　日　　氏名

東住吉区医師会・東住吉区歯科医師会・東住吉区薬剤師会
東住吉区ケアマネ連絡会・東住吉区訪問看護事業所連絡会

2017.11.25