

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式1 (ケアマネジャー ⇄ 医療機関)

ケア相談予約票	
送信日	平成 年 月 日 ()
送信先	医療機関名 主治医名 様
発信者	所 属 職 氏 名 連 絡 先 電話 FAX
<p>【連絡事項】 利用者様について、相談したいので、ご都合の良い日時をご連絡ください。</p> <p>氏名 様 生年月日 年 月 日 住所</p> <p><input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更等のケアプラン作成時の医学的所見について <input type="checkbox"/> 利用者様の医療・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"/> 医療サービスを導入するにあたり、主治医の意見、相談について <input type="checkbox"/> 利用者の生活状況についての相談 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶</p> <p><input type="checkbox"/> 電話でお話しがしたい <input type="checkbox"/> 直接お会いして相談したい <input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しています。 <input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の同意は得られていませんが、ご本人の利益のため連絡しています。</p>	
送信者	氏 名 連絡先 : 電話 FAX
返信内容	<input type="checkbox"/> 主治医へ <input type="checkbox"/> 主治医以外へ (宛名) <input type="checkbox"/> 電話下さい:平成 年 月 日() AM・PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> 来院下さい:平成 年 月 日() AM・PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> 連絡します:平成 年 月 日() AM・PM 時 分頃 <input type="checkbox"/> その他