

かかりつけ医とケアマネジャーの連携・連絡票 (アポイントメント用)

様式 3

年 月 日

宛先	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> (病院)	発信元	事業所名
	かかりつけ医 先生		住所 TEL FAX E-mail 担当者名

ケアマネジャー ⇒ 医師

利用者	氏名	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	生年月日		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生 (歳)
照会内容	突然のFAXでの連絡をご容赦ください。 上記ご利用者様の介護保険におけるケアマネジャーです。 下記の内容についてご連絡・ご相談したいことがあります。 先生のご都合の良いお時間、連絡方法をご教示ください。		
【相談内容の概要】 ※医師に指示をいただく用紙ではありません			

*なお、この照会を行うことについては

- ご本人またはご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日： 年 月 日
- ご本人またはご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師 ⇒ ケアマネジャー

※この連絡票で診療情報提供料の算定はできません

連絡方法	※ご希望の連絡方法を1つお選びください		
	【連絡方法】	<input type="checkbox"/> TEL (番号)	<input type="checkbox"/> 面談
		<input type="checkbox"/> FAX (番号)	<input type="checkbox"/> E-mail メールアドレス ()
	【曜日・時間帯】	<input type="checkbox"/> 診療時間中いつでも可 (※TEL、面談の場合) <input type="checkbox"/> 希望曜日と時間帯 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土の (: ~ :) 時頃	
連絡事項等ございましたらご記入ください。			

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします