

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

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		要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	□ 明 □ 大 □ 昭 □ 平	年	月	日生 (歳)	
照 会 内 容	<p>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。</p>					
<p>【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</p>						

*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					
	<p>【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 ()</p> <p>【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</p>					
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

姫路市医療介護連携会議にて作成