

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

2022 年 2 月 28 日

宛先	姫路	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> クリニック <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> (病院)	発信元	事業所名 姫路居宅介護支援事業所
	かかりつけ医 姫路 太郎 先生			住所 姫路市〇〇町〇丁目〇番〇号 TEL 079-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 079-〇〇〇-〇〇〇〇 E-mail@..... 担当者名 中播磨 姫子

ケアマネジャー ⇒ 医師

利用者	氏名	西播 花子	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 15 年 1 月 1 日生 (82 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
日により差はありますが、トイレ歩行等の労作時に喘鳴がみられます。夫からは歩けなくなるのは困ると相談がありました。サービスの利用も含めてご相談したいことがあります。

*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： 2022 年 2 月 26 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 希望曜日と時間帯 <input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土の (11 : 00 ~ 12 : 00) 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

姫路市医療介護連携会議にて作成