

医療・介護情報FAX連絡票

年 月 日

機関氏名	⇒	機関氏名
住所		住所
TEL		TEL
FAX		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。

利用者氏名	氏名	男 女	生年月日 T S 年 月 日	介護度	申請中要介護	要支援 1 2 3 4 5
照会目的	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ケアプランの内容について					
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・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					
	<input type="checkbox"/> 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 ()					
	<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"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など					
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶					
	<input type="checkbox"/> 患者・利用者の下記状況についての相談					
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導の件 <input type="checkbox"/> 医療の相談 <input type="checkbox"/> 介護の相談 <input type="checkbox"/> 認知症の相談					
<input type="checkbox"/> 歯の相談 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> 服薬の相談 <input type="checkbox"/> 在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/>						
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	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします	月 日 時 分 頃	<input type="checkbox"/> 来院・来社して下さい	<input type="checkbox"/> 伺います()
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします	月 日 時 分 頃	<input type="checkbox"/> 電話下さい	<input type="checkbox"/> 電話します
	<input type="checkbox"/>			
会議	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 退院時会議 に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 欠席します			
回答				
年 月 日 氏名				