

医療⇔介護 連絡（照会）票

作成日 年 月 日

事業所種別	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他
事業所名	
TEL	
FAX	
先生 あて	



事業所名			
事業所番号			
住所			
TEL		FAX	
担当者名		添付文書 (本紙含む)	枚

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、先生からのご指示をいただきたく、ご連絡させていただきました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご回答をお願いいたします。

◆利用者の情報

ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日 () 歳
要介護度		申請状況		認定有効期間	~	
住所			電話		-	-

◆照会・質問者記載欄

返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
照会目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的所見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）における医学的所見 <input type="checkbox"/> サービスの導入・利用について	<input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催のお知らせ <input type="checkbox"/> その他
《内容》		
なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことにつきましては、 <input type="checkbox"/> 今回、ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡させていただいております。【同意日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 契約時の同意に基づき、介護支援のために必要な手続きとして、ご連絡させていただいております。		

◆主治医・担当者記載欄

照会についての連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします (日時： 月 日 時頃に来院ください) <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします (日時： 月 日 時頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します ⇒ [<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 出席できません ()
《回答内容》 ★サービス担当者会議欠席に伴う本連絡票でのご回答については、原則無料をお願いいたします。★	
年 月 日 () サイン	