

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式1 (ケアマネジャー ⇄ 医療機関)

ケア相談予約票	
送 信 日	年 月 日 ()
送 信 先	医療機関名 主 治 医 名 様
発 信 者	所 属 職 氏 名 連 絡 先 電話 FAX
【連絡事項】 利用者様について、相談したいので、ご都合の良い日時をご連絡ください。 氏名 様 生年月日 年 月 日 住所 ☐ 新規・更新・区分変更等のケアプラン作成時の医学的所見について ☐ 利用者様の医療・看護・介護・病状の医学的意見、指示について ☐ サービス担当者会議における医学的意見について ☐ 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 ☐ 医療サービスを導入するにあたり、主治医の意見、相談について ☐ 利用者の生活状況についての相談 ☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶 ☐ 電話でお話しがしたい ☐ 直接お会いして相談したい ☐ その他() ☐ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しています。 ☐ ご本人・ご家族の同意は得られていませんが、ご本人の利益のため連絡しています。	
送 信 者	氏 名 連絡先 : 電話 FAX
返信内容	☐ 主治医へ ☐ 主治医以外へ (宛名) ☐ 電話下さい: 年 月 日 () AM ・ PM 時 分頃 ☐ 来院下さい: 年 月 日 () AM ・ PM 時 分頃 ☐ 連絡します: 年 月 日 () AM ・ PM 時 分頃 ☐ その他