

医師とケアマネジャーとの連絡票

発信日：令和 年 月 日

※ 令和 年 月 日
までにご返信願います。

の
り
し
る

宛 先	医療機関名	介護事業所名（名刺を貼ることもできます。）
	住所	住所
	医師 先生(宛)	TEL FAX MAIL 氏名

日頃から大変お世話になっております。下記の件につきましてご連絡いたします。なお、ご都合の良い連絡方法等によりご回答いただきますようお願いいたします。

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、
【ご本人・ご家族】の同意を得てご連絡いたします。 同意日 令和 年 月 日
ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用 者	ふりがな 氏名	介護度	事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	住所	TEL	— —
	生年月日	年 月 日生（ 歳） 男 ・ 女	
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 又は、ケアプランの原案へのご意見について		
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議（照会）開催の連絡、専門的な見地からのご意見の確認について		
	<input type="checkbox"/> 服薬状況等について		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの意見・相談など		
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談		
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶		
<input type="checkbox"/> その他（下記のとおりです）			
<相談内容等>			
<input type="checkbox"/> 連絡、確認のみ（受信確認欄へのチェックのみで結構です） <input type="checkbox"/> 上記の件についてご回答のほどよろしく願います 担当ケアマネジャー名			

医師からの回答（返信）

※この連絡票の回答では、診察情報提供料の算定はできません。

連絡 方法等	<input type="checkbox"/> 受信、ケアプランを確認しました ※「連絡、確認のみ」への返信
	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（日時 月 日 時頃に来てください）
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします（日時 月 日 時頃に電話をください・します）
	<input type="checkbox"/> 別途、メールで回答します
	<input type="checkbox"/> 文書（FAX）で回答します（下記のとおりです）
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席しません ⇒通信欄へご意見願います。	
<通信欄>	
令和 年 月 日 氏名（自署）	

記入例

医師とケアマネジャーとの連絡票

発信日：令和 2 年 1 月 15 日

※ 令和 2 年 1 月 17 日
までにご返信願います。

宛先	医療機関名	相模川医院	発信元	介護支援専門員	介護支援専門員
	住所	東町〇-〇〇		住所	鮎祭 洋
	医師	相模川 真一 先生(宛)		TEL	(名刺を貼ったイメージ) 〒243-0125 神奈川県厚木市小野〇〇〇-〇 TEL 046-225-2130 FAX 046-221-2205 Mail oooooo0000@yappari_iegaii.ooo
				FAX	

日頃から大変お世話になっております。下記の件につきましてご連絡いたします。なお、ご都合の良い連絡方法等によりご回答いただきますようお願いいたします。

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、

ご本人・ご家族の同意を得てご連絡いたします。 同意日 令和 2 年 1 月 14 日

ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	ふりがな氏名	あつぎ はなこ 厚木 花子	介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・ 4 ・5
	住所	厚木市中町3-17-17	TEL	046 - 225 - 2047
	生年月日	S 13 年 4 月 1 日生 (81 歳)		男・ 女
照会目的	<input checked="" 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 又は、ケアプランの原案へのご意見について			
	<input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議（照会）開催の連絡、専門的な見地からのご意見の確認について			
	<input type="checkbox"/> 服薬状況等について			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
	<input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶			
	<input type="checkbox"/> その他（下記のとおりです）			
＜相談内容等＞				
注1 照会目的に応じた内容を簡潔かつ丁寧に記入してください。				
注2 この連絡票に添える別紙（ケアプラン等）がある場合は、別紙の種類・枚数等をこの欄に記入してください。				
注3 サービス担当者会議開催を連絡する場合は、開催日時、場所等をこの欄に記入してください。				
<input type="checkbox"/> 連絡、確認のみ（受信確認欄へのチェックのみで結構です）				
<input checked="" type="checkbox"/> 上記の件についてご回答のほどよろしく願います				
担当ケアマネジャー名 鮎祭 洋				

医師からの回答（返信）

※この連絡票の回答では、診察情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 受信、ケアプランを確認しました ※「連絡、確認のみ」への返信
	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（日時 月 日 時頃に来てください）
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします（日時 月 日 時頃に電話をください・します）
	<input type="checkbox"/> 別途、メールで回答します
	<input checked="" type="checkbox"/> 文書（FAX）で回答します（下記のとおりです）
サービス担当者会議に <input checked="" type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席しません ⇒通信欄へご意見願います。	
＜通信欄＞	
注4 連絡方法等で「文書（FAX）で回答します」を選択した場合は必ず記入してください。	
注5 相談内容等に応じた連絡を簡潔かつ丁寧に記入してください。	
注6 この連絡票に添える別紙がある場合は、別紙の種類・枚数等をこの欄に記入してください。	
令和 2 年 1 月 15 日 氏名（自署） 相模川 真一	