

様式4(記入例)

医師とケアマネジャーとの連絡票

●送信日： ○○○○年○○月○○日(○)

●送信時間： ○○時○○分

◇宛先		◆発信元	
医療機関名	○○○○病院	事業所名	○○居宅介護支援事業所
住所	佐世保市○○町○○-○	住所	佐世保市○○町○○-○○
医師	九十九 島雄 先生 御机下	TEL	0956-○○-○○○○
		FAX	0956-○○-○○○○
		E-mail	takeko@xxx.xxx.com
		氏名	弓張 岳子

日頃より、先生方には大変お世話になっております。下記の件につき、先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

※なお、今回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、

ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。(同意日：○○年○○月○○日)

ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

■利用者情報

氏名	ふりがな	さいかい はしぞう	介護度	申請中(更新・変更)・要支援(1・2)
		西海 橋蔵		要介護 (1)・2・3・4・5
住所		佐世保市○○町○○-○	TEL	0956-○○-○○○○
生年月日	明・大・ <u>昭</u>	○○年○○月○○日 (○○歳)	性別	男・女

■照会目的

- 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
- 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・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
- 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など
- 担当ケアマネジャーになったご挨拶

<相談内容>

いつもお世話になっております。西海橋蔵さんの担当ケアマネジャーの○○と申します。今回更新申請で要介護1の判定を受けられました。現在、週/回の通所介護を利用されておりますが、同居の娘様より、最近歩行する機会も減り、両膝の疼痛を訴え自宅でも横になって過ごすことが増えたとのこと相談がありました。ご家族と協議したところ、リハビリと疼痛緩和を目的に通所リハビリのご利用を希望されております。つきましては、先生にリハビリの必要性和留意点等のご見解を頂戴したく存じます。

医師からの回答(返信)

■連絡方法など

- 直接会って話をします(日時： 月 日 時頃に来院ください)
- 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)
- 文書で回答します FAXで回答します メールで回答します

■サービス担当者会議について

サービス担当者会議に 出席します(希望開催場所) 出席しません

<その他連絡事項>

回答日	○○年○○月○○日	医療機関名	○○病院	医師名	九十九 島雄
-----	-----------	-------	------	-----	--------