

御中・様

↑（送付先が別紙の病院の連携窓口の場合等に記入）

主治医とケアマネジャー連絡票

平成 年 月 日

発信先	医療機関	先生	⇄	発信者	事業所名：
	氏名：				担当者名：
					電話番号：
					Fax番号：

日頃より大変お世話になっております。下記利用者様の介護保険のケアマネジャーを担当しております。以下の件について、ご指導を賜りたくご連絡させて頂きました。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答をお願い申し上げます。

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いては、ご本人・ご家族の同意を得てご連絡いたしました。

利用者	フリガナ		介護度	要支援 1・2
	氏名			要介護 1・2・3・4・5
	住所	桑名市		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（歳）	男・女	
連絡内容	<input type="checkbox"/>	ケアプランについての意見	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議開催について
	<input type="checkbox"/>	医療系サービス導入について	<input type="checkbox"/>	利用者の心身状況の変化について
	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与にあたっての医学的所見（軽度者福祉用具貸与の主治医の意見を含む）		
	<input type="checkbox"/>	その他（ ）		

<内容>

回答欄（下記にご記入の上、Faxにてご返信ください）

連絡方法等	<input type="checkbox"/>	直接会って話をします（時間帯 月 日 時頃来院してください）
	<input type="checkbox"/>	電話で話をします（時間帯 月 日 時頃電話をください）
	<input type="checkbox"/>	以下の通り回答します

<医師からの回答>

平成 年 月 日 氏名