

FAX

主治医との連絡票（医師 ⇄ ケアマネジャー）

年 月 日

医療機関名：

居宅介護支援事業所名：

医師：

先生

担当CM：

〒

電話：

FAX：

FAX

件名：

様の件について

いつもお世話になっております。

利用者様の下記状況についてのご相談につきまして、ご連絡させていただきます。

利用者様（患者様）

ふりがな

氏 名

生年月日

年

月

日生（

歳）

男

・

女

ご相談内容

- ☐ ケアプラン作成（ 新規 ・ 更新 ・ 区分変更後 ）について
- ☐ 利用者の医療・看護・介護・症状について
- ☐ サービス担当者会議について
- ☐ 福祉用具貸与（購入）について
- ☐ 医療系サービスの導入について
- ☐ 利用者の下記状況についての相談
- ☐ その他

《 詳 細 内 容 》

医師からの回答

- ☐ 直接会って話をします（日時： 月 日 時頃来院ください）
- ☐ 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）
- ☐ FAXで回答します

《 備 考 》