

かかりつけ医とケアマネジャーの連絡シート

令和 年 月 日

宛先 (医師)	医療機関の名称	介護サービス事業所の名称
	主治医	担当介護支援専門員(ケアマネジャー) 氏名
	[連絡先]	[連絡先]
	TEL FAX	TEL FAX
	E-mail	E-mail
	(事務・地域連携ご担当者)	所在地



このシートは、遠賀中間地域在宅医療介護連携推進協議会が作成したものです。ケアマネジャーが貴院の患者を担当することになったご連絡としてお送りしています。
 なお、シート下部の「※今後の連絡方法」にチェックがある場合、お手数ですが以下にご記入のうえ、発信元事業所(ケアマネジャー)へFAX等にてご返信いただければ幸いです。何卒よろしくお願いいたします。

ケアマネジャー→医師へ

貴院をご利用されている _____ 様の担当ケアマネジャーです。どうぞよろしくお願いいたします。

利用者	生年月日	T・S	年 月 日	性別	男・女	
	介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中(新規・更新・変更)		
	認定有効期間				被保険者番号	
	現住所	中間市 遠賀郡				

備考

※今後の連絡方法についてのご返信 必要 不要 (以下の記入・FAX返信は不要です)

↓

今後の連絡方法について、以下にご記入の上、本用紙を上記発信元の事業所(ケアマネジャー)へFAXにてご返信ください。

医師→ケアマネジャーへ

※この連絡票で診療情報提供料の算定はできません。

※ご希望の連絡方法をお選びください。

連絡方法	連絡手段 (優先順位を①～⑤で表記)	優先順位	<input type="checkbox"/> TEL (番号) <input type="checkbox"/> FAX (番号) <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> MCS (メールアドレス) <input type="checkbox"/> その他 ()
	曜日・時間帯 (TEL、面談の場合)	<input type="checkbox"/> 診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> 希望曜日と時間帯 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 の () 時頃	
	その他		