

## 相 談 票

宛 先	医療機関名	送 信 者	介護事業所
	主治医  先生 御机下		TEL FAX 介護支援専門員
<p>平素は大変お世話になっています。</p> <p>さて、下記ご利用者様のケアプランを担当させていただいておりますが、介護保険サービス提供にあたり、医学的観点からの主治医のご意見、ご助言を賜りたく連絡申し上げます。</p> <p>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、  <input type="checkbox"/>ご本人・ご家族の同意を得てあります。 (同意した日 令和 年 月 日)</p>			
利用者	生年月日 M・T・S 年 月 日	性別 男・女	
住所			
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員になった挨拶 <input type="checkbox"/> 福祉用具は必要な理由について		
(相談・連絡事項欄)			
<p>(主治医からの返信欄 : ケアマネジャー宛)</p> <p>上記相談について返信</p> <p>① 病名及び症状等</p> <p>② 患者様の状態像</p> <p>③ 貸与が必要な福祉用具の種目と理由</p> <p>ご署名 _____ 年 月 日</p>			
状況説明希望 (連絡方法下記記載)			
連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (時間帯 月 日 時頃来所ください) <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)		

お手数をおかけ致しますが、ご回答はFAX等にて、連絡頂きますようお願いいたします。