

主治医・ケアマネジャー連絡票

(返送日： 年 月 日)

(送付日： 年 月 日)

医療機関名 電 話 F A X 主治医名	事業所名 電 話 F A X 担当 ケアマネ
-------------------------------	------------------------------------

利用者名 (患者名)	ふりがな () 氏 名 様	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 ()
---------------	-------------------	-----------------------------

ご 連 絡 の 目 的	☐ 担当ケアマネジャーになったことのご挨拶
	☐ 要介護認定申請についてのご連絡 ① ☐ 更新 ☐ 区分変更 (申請日 年 月 日)
	② ☐ 申請に伴う主治意見書作成にあたり、ご本人の近況についてお知らせします。
	☐ ケアプラン作成にあたり、下記内容についてご相談したいことがありますので、ご意見ください。
	☐ その他 → 下記連絡内容のとおりです。

連 絡 内 容	モニタリング等で把握した利用者の 状況、服薬、口腔の情報等
	ケアプラン作成にあたる相談・・・サービスを導入する上での 注意点や、福祉用具の必要性についての問い合わせ
	介護申請についての連絡・・・更新申請、区分変更申請にあたり、生活面 での様子や変化を連絡し、主治医意見書作成の参考にさせていただく

回答の 要否	☐ 回答をお願いします。 年 月 日 頃までにご回答願います。
	☐ 特に必要ありません。

※関係機関と情報を共有することについては、ご本人・ご家族（代理人含む）から承諾を得ております。

主治医回答欄

「活用マニュアル」
診療情報提供料 参照

※この連絡票での回答は、診療報酬にある診療情報提供料は算定できませんのでご注意ください。

※なお、診療情報提供料を算定する場合は、ご本人、ご家族の同意を得ていただく必要があります。

回 答 欄	☐ 直接会います	☐ 診療時間内 ☐ 事前予約の上、ご来院ください。 ☐ 事前連絡の上、受診同行ください。
	☐ 電話で回答します	電話連絡可能時間帯 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 時 ~ 時頃
	☐ 下記のとおり回答します	
	連絡を取る際には、下記を参考にしてください ケア倶楽部掲載 「連携担当窓口一覧」 参照	

年 月 日