

ケアマネジャーから病院・かかりつけ医等への連絡書（面談・FAX）

日付を入力してください

← 平成 年 月 日

依頼元

事業所名 必ず記入してください  
 電話番号 必ず記入してください  
 FAX番号 必ず記入してください



依頼先

医療機関名 医療機関名を入力 様  
 氏 名 医師又は連携担当者名を入力 様

「担当ケアマネジャーの 担当者名をフルネームで記入 です。」

貴院におかかりの 利用者氏名 様の担当をさせていただくこととなりました。

下記の内容について、ご確認をお願いします。

なお、このことについては、本人または家族から同意を得ております。

※ FAXの際は、利用者氏名をイニシャルで記入してください。

（情報提供の理由） 下記のいずれかにチェックをしてください（複数可）

- |  |                                      |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになったことのごあいさつ | <input type="checkbox"/> 医療管理上の相談    | <input type="checkbox"/> 生活状況の相談    |
| <input type="checkbox"/> 医療系サービス導入についての相談      | <input type="checkbox"/> その他の相談      |                                     |
| <input type="checkbox"/> 介護保険申請の相談             | <input type="checkbox"/> 介護サービス状況の報告 | <input type="checkbox"/> 体調や服薬状況の報告 |
| <input type="checkbox"/> 生活状況の報告               | <input type="checkbox"/> その他の連絡・報告   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 家族に関することの報告           |                                      |                                     |

（ご相談・ご報告・ご連絡の内容の詳細）

- 回答をお願いします                       ご報告・ご連絡のみです

どちらかにチェックしてください

相談内容、報告・連絡内容をできるだけ簡潔に記入してください。

※ 回答をお願いしますにチェックが入っている場合は、以下に記入後、FAXで返信をお願いします。

医師等の記入欄（ケアマネジャーへの連絡方法）

- 直接会います（ 月 日 時頃に来院してください）  
 電話で話をします（ 月 日 時頃に電話をください・します）

当FAXで回答します  
 （医師等の解答欄） いずれかにチェックをして回答方法を選択してください

特に異議はありません  
 下記のとおり どちらかにチェックをしてください

ケアマネジャー記入欄の「回答をお願いします」にチェックが入っている際に、この様式で回答が可能な場合には記入後に返信してください。

記入者の氏名を記入してください

← 記入者氏名

