

主治医相談用〈FAX送信票〉

令和 年 月 日

医療機関名

診療科

主治医名

事業者名

ケアマネ氏名

連絡先 TEL

返送先 FAX

フリガナ 被保険者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
主治医から意見を伺うことについて、本人または家族からの承諾の有無				有 ・ 無	
診療情報提供料が発生する場合があることについて、本人または家族からの承諾の有無				有 ・ 無	

上記、被保険者について、
() 更新・区分変更時のケアプラン作成のため、
() 医療系サービス利用のため、
() サービス利用中に問題点が生じたため、
主治医のご意見を伺いたく、下段へご記入をお願い致します。

下記の点について、

ケアマネジャーの意見	主治医の意見
1. アセスメントの結果による問題点	1. 居宅サービス () について、 必要 ・ 不要 (どちらかに○をお願いします) ※留意点があれば、下記にご記載をお願いします
2. 問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)	
3. 問題点・援助内容等の中で医学的見地から意見を伺いたいこと	

ここを記入し主治医へFAXしてください。

2. 診療情報提供書(様式12の4・袋井市版)で回答する。

(記入日) 令和 年 月 日

(主治医氏名)