

介護と医療の連絡（照会）票

送信日： 令和 年 月 日

医療機関 事業所名	御中 <input type="checkbox"/> 地域連携担当部署	事業所名	
FAX		TEL	
	様 この用紙含め () 枚	FAX	
		担当者名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件についてご連絡（照会）させていただきます。
 お忙しいところお手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。
 なお、本票の送付につきましてはご本人の同意をいただいております。

- ご確認ください** **ご返信ください**

◆ 利用者の状況

ふりがな		男	明・大・昭・平
利用者氏名		女	年 月 日 () 歳
要介護度	支 (1 2) <input type="checkbox"/> 申請中 介 (1 2 3 4 5)	認定有効 期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

◆ 照会・通信欄

照会 目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的意見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）における医学的意見について <input type="checkbox"/> 医療・福祉サービスの導入・利用について	<input type="checkbox"/> 利用者に関する報告など <input type="checkbox"/> 緊急時対応等の指示について <input type="checkbox"/> その他
【内容】		
※ 添付資料⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

◆ 返信欄 *本連絡票でのご回答については無料をお願いいたします（診療報酬の算定とはなりません）

⇒ <input type="checkbox"/> お電話で直接返答いたしますので、ケアマネジャーさんよりご連絡ください (月 日 時頃 宛)
⇒ <input type="checkbox"/> 下記の通り回答します
【内容】
記入日： 令和 年 月 日 サイン ()