

# 主治医相談用〈FAX送信票〉

平成 年 月 日

医療機関名 磐田市立総合病院

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可能性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、軽度者福祉用具貸与のため、  
 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。

ケアマネジャーの意見	主治医の意見
<p>1. アセスメントの結果による問題点</p> <p>2. 問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)</p> <p>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</p>	<p>1. 居宅サービス ( ) について、</p> <p style="text-align: center;"><b>必要 ・ 不要</b></p> <p style="text-align: center;">(どちらかに○をお願いします)</p> <p>※留意点があれば、下記にご記載をお願いします</p> <p>2. 診療情報提供書(様式12)で回答する。                  (記入日) 平成 年 月 日</p> <p>(主治医氏名) _____</p>

送信先 磐田市立総合病院 医事課医事係

FAX 0538-38-5041