

## 主治医相談用〈FAX送信票〉

令和 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<br>被保険者氏名                          | 生年月日 | M・T・S・H<br>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、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、    |   |

下記の点について、

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;">必要 ・ 不要</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。</p> <p>（記入日）令和      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