医師と介護支援専門員との連絡票

平成　　年　　月　　日

宛先	医療機関 医師 住所 TEL　　FAX	発信元	居宅介護事業所 氏名 住所 TEL　　FAX

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡を取りたいと思っています。
お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答をお願いします。

利用者	利用者		介護度	
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生　（　　歳）		男　　女
紹介目的		☐新規・更新・区分変更後のｹｱﾌﾟﾗﾝ作成時の医学的意見		
		☐利用者の病状、疾患による生活への影響について		
		☐利用者の下記状況についての相談		
		☐ｻｰﾋﾞｽ担当者会議への参加のお願い		

＜紹介内容＞

医師からの回答（返信）

連絡方法等	☐直接会って話をします（日時：　　月　　日　　時頃に来院下さい）
	☐電話で話をします（日時：　　月　　日　　時頃に電話を下さい・します）
	☐文書で回答します　☐FAXで回答します　☐ﾒｰﾙで回答します
ｻｰﾋﾞｽ担当者会議	☐出席します（可能な日、時間を医師記述欄に記載下さい）　☐出席できません

＜医師記述欄＞

平成　　年　　月　　日　　医療機関

医師名

大阪市鶴見区医師会
鶴見区在宅医療・介護連携相談支援室