主治医・ケアマネジャー連絡票

送信・返信

ＦＡＸ番号

医療機関名

担当医師氏名

電話番号

E‐mail

ＦＡＸ番号

事業所名

担当ケアマネジャー名

電話番号 E‐mail

**利用者名 （生年月日）M・T・S 年 月 日（男・女）**

|  |  |
| --- | --- |
| 送信 | 主治医より |
| □ ご相談がありますので 月 日 時頃にお電話を下さい。 |
| □ 当該ご利用者様のケアプランを（ＦＡＸ・郵送）して下さい。 |
| □ その他 |
| 担当ケアマネジャーより |
| □ 当該利用者の担当ケアマネジャーですので、よろしくお願いします（ご挨拶）。 |
| □ ケアプランを作成するにあたり病状やご意見をお伺いしたいので、ご都合の良い連絡方法、 |
| 日時をお知らせ下さい。 |
| □ ケアカンファレンス（ 月 日 時 場所： ）を開催したいので、 |
| ご都合等をお知らせ下さい。 |
| □ その他 |

|  |  |
| --- | --- |
| 返信 | 主治医より |
| □ 了解しました。今後もよろしくお願いします。 |
| □（ 直接お会いします ・ お電話を下さい ） 月 日 時頃・診療時間中いつでも可 |
| □ E－mail で、（ 連絡します ・ 連絡を下さい） |
| □ 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 |
| □ ケアカンファレンスは（ 出席します ・ 欠席します→□別の日程の検討を希望します ） |
| □ その他 |
| 担当ケアマネジャーより |

紫波郡 医師 会

（盛岡市医師会作成シートを準用）