◎R5/4魚沼市在宅医療推進センター様式

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ．連絡相談時に利用．要点を簡潔明瞭に．挨拶文は不要．市内医療機関専用 | 主 治 医 連 絡 票 | 発信：西暦年月日 |

□ 要回答（　月　日まで）　□ 回答不要（情報提供）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛先 | ＊医療機関名称＊担当医先生氏名・敬称 | ⇔ | 発信元 | ＊所属事業所名称＊介護支援専門員等氏名＊電話番号・ＦＡＸ番号 |

　下記の利用者様につきましてご連絡致します。宜しくお願い致します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 明治大正昭和 |
| 住所 |  | 要介護度 | 認定済み⇒要介護()・要支援()申請中　　その他() |
| 添付資料 | □あり()　　　□なし |
| 連絡内容 | □利用者の連絡・相談　　□病状等の指示・確認等　　□医療系サービス導入について□ケアプラン「本案」の提出　　□その他(　　) |
| 【相談内容及び連絡事項】 |

【主治医記入欄】(返信)　　＊返信はＦＡＸにてお願い致します。

|  |
| --- |
| □特に意見・要望はない　　□意見・要望あり　　□説明希望(面接・電話・メール) |
| 【主治医意見・要望欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙(なし・あり) |

　　上記の通り連絡します。

　　西暦　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　主治医