

< F A X 送信票 >

主治医相談票

平成 年 月 日

(医療機関名) _____

(診療科) _____ (事業所名) _____

(主治医名) _____ (ケアマネ氏名) _____

(連絡先) TEL _____

(返送先) FAX _____

メールアドレス _____

フリガナ 被保険者氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日	性別	男・女		
障害高齢者の生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II	IIa	IIb	III	IIIa	IIIb	IV	V
主治医から意見を伺うことについての本人又は家族からの承諾の有無								有	・	無
診療情報提供料の支払いが発生する可能性があることについての本人又は家族からの承諾の有無								有	・	無

上記、被保険者につきまして、
{ () ケアプラン作成のためにアセスメントを実施したところ、
() サービス利用中に問題が生じたため、 } 下記の点
について主治医のご意見を伺いたく、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、下段へご記入をお願いいたします。

ケアマネジャーの意見	主治医の意見
1. アセスメントの結果による問題点	1. ケアマネジャーの意見に対して特に問題なし
2. 問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)	2. 診療情報提供書で回答します。
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	3. 下記の通り回答します。
	(記入日) 平成 年 月 日
	(主治医氏名) _____

同意書

公立森町病院 院長
森町家庭医療クリニック 所長 様

公立森町病院・森町家庭医療クリニックにおける私の傷病などの個人情報について、介護サービス事業所から紹介されたとき、当該情報を提供することと、それにより診療報酬が発生することに同意します。

1割負担：250円	2割負担：500円	3割負担：750円
-----------	-----------	-----------

平成 年 月 日

患者氏名

患者住所

代諾者氏名

続柄 ()

代諾者住所
