

居宅介護支援事業者 ⇄ 主治医

ケアマネジャーと主治医との連絡票

(診 療 情 報 提 供 書)

送信日 : 年 月 日

医療機関名 御中

主治医

先生

事業所 :

担当者 :

TEL :

FAX :

フリガナ 利用者氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日
住 所			性 別	男 ・ 女		
認 定 区 分	要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)					

ご確認ください

ご返信ください

通 信 欄

ケアマネジャー ⇒ 主治医へ
主治医 ⇒ ケアマネジャーへ
主治医名 : (返信日 : 年 月 日)

上記に示す私の情報が、介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成に利用されることに同意します。

本人氏名

(代筆者

)

※ 診療情報提供には保険診療にもとづく診療情報提供料の一部負担金が発生します。

港区医師会・港区介護事業者連絡協議会居宅介護支援部会・港区