

松山市様式

①連絡・相談票

医療機関名		<input type="checkbox"/> → ← <input type="checkbox"/>	事業所名	
医師名等			担当者名	
TEL			TEL	
FAX			FAX	
E-mail			E-mail	

●利用者情報

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			住所		TEL
※介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 (申請予定) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				

※ケアマネジャー → かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的:	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望:	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 介護保険 (新規・更新・区分変更) の主治医意見書について <input type="checkbox"/> ケアプランに対するご意見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 訪問看護等、医療系サービスの導入について <input type="checkbox"/> 入退院時の情報提供について <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具レンタルについて <input type="checkbox"/> モニタリング時の状況報告について <input type="checkbox"/> 訪問依頼について <input type="checkbox"/> その他ご相談			
※今回の情報提供について、 <input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 留意事項あり ()			
※その他、利用者(患者)様の疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等について ご助言をいただければと思います。 添付資料: <input type="checkbox"/> ②連携シート <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 添付なし			

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

令和 年 月 日

本票送付の目的:	<input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信の希望:	<input type="checkbox"/> 返信願います。 <input type="checkbox"/> 返信不要です。
<input type="checkbox"/> 以下に回答します。 <input type="checkbox"/> 後日連絡します。 <input type="checkbox"/> 月 日 時 分頃連絡ください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。			