＜ＦＡＸ送信票＞　 主治医相談票

令和　　 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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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場合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、 | 下記の点 |
| ( ) サービス利用中に問題が生じたため、 |

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２．問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)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 | １． ケアマネジャーの意見に対して特に問題なし２． 診療情報提供書で回答します。３． 下記の通り回答します。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （記入日）　　令和　　　　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

令和　　年　　月　　日

患者氏名

患者住所

代諾者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　）

代諾者住所