

主治医相談票 <FAX 送信票> 送信日： 年 月 日					
医療機関名		事業所名			
診療科		ケアマネ氏名			
主治医名		電話番号			
		FAX 番号			
被保険者 (イニシャル)		生年月日	M・T・S	年	月 日
診察券番号		性別	男・女	年齢	
主治医から意見を伺うことについての本人又は家族の承諾			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の承諾			有 ・ 無		

上記の方へサービスを提供する上で、下記の点につきまして主治医のご意見を伺いたと思います。ご多忙中のところ誠に恐縮ですが、下記「医師記入欄」へご記入をお願いいたします。

照会事項	
<input type="checkbox"/> サービス利用についての【運動制限、食事制限、水分制限、可動域制限、その他の制限】等の注意点について <input type="checkbox"/> 入浴時の留意事項【入浴を中止すべき範囲、血圧等】について <input type="checkbox"/> 【訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ】の導入について <input type="checkbox"/> 【初回・継続】ケアプランの作成時の医療管理上の留意点について <input type="checkbox"/> 【サービス担当者会議】の開催予定について <input type="checkbox"/> その他（ ）	
【連絡・紹介内容（簡潔に記入すること）】	
医師記入欄	
連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（日時： 年 月 日 時頃に来院ください） <input type="checkbox"/> 電話で話をします（日時： 年 月 日 時頃に電話をください・します） <input type="checkbox"/> 当 FAX 送信票で返信します <input type="checkbox"/> 診療情報提供書（様式 12 の 4）で回答します。（ 年 月 日以降に当院へ取りに来てください）
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 当院内で開催ならば出席できます <input type="checkbox"/> 出席不可	
【連絡・紹介に対するコメント】	
記入日： 年 月 日 主治医氏名：	

※この連絡票による回答では、診療情報提供料の算定はできません。 <湖西市書式>