

B2-2

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	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場合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いと思います。
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	
☐ 入浴時の留意事項【入浴可能な範囲、血圧等】について ☐ その他（ ）	
【連絡・紹介内容（簡潔に記入する）】	
医師記入欄	
連絡 方法	☐ 直接会って話をします（日時： 月 日 時頃に来院ください） ☐ 電話で話をします（日時： 月 日 時頃に電話をください・します） ☐ FAX 送信票で返信します ☐ 診療情報提供書（様式 12 の 4）で回答します。（ 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 ☐ 出席します ☐ 当院内で開催ならば出席できます ☐ 出席不可	
【連絡・紹介に対するコメント】	
血圧： mmHg 未満（収縮期） / mmHg 未満（拡張期）入浴可 脈拍： 回/分 ～ 回/分 入浴可 体温： °C 未満 入浴可 その他（留意すべき点）：	
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 No2>