＜ＦＡＸ送信票＞　主治医相談用

平成　　　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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ  被保険者氏名 |  | 生年月日 | Ｍ ・ Ｔ ・ Ｓ　　年　　月　　日 | | 性別 | 男　・　女 |
| 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、本人又は家族へ説明の有無 | | | | 有　　・　　無 | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（　　）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、

上記、被保険者につきまして、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記の点

　　（　　）サービス利用中に問題点が生じたため、

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 | 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　様式12－4（※注１）　で回答する。 | | |
|  |  | | | |
|  | ３．以下に回答する。 | | | |
| 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 |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  | | | |
|  |  | | | |
|  | （記入日） | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | |
|  | （主治医氏名） | |  |  |
|  |  | | | |

※注１　様式１２-４とはケアマネ等に対して被保険者の詳細な情報提供を行なう場合に使用する文書で、医療保険で

情報提供料算定可。（月に１回限り、介護保険の居宅療養管理指導料との同時算定不可）

様式１２-４は浜松市医師会ホームページからもダウンロードできます。

アドレス： http://hamamatsu-ishikai.com/docs/3\_12go.xls