

# ファクシミリネットワークによる在宅ケア連絡票

住所	氏名	様	M T S	年	月	日生
----	----	---	-------------	---	---	----

**【ケアマネジャー等】**

対象者の基本情報を記入してください。

様

上記の方につきまして  
 (お尋ねします。  
 ご報告します。)

年 月 日

**【ケアマネジャー等】**

医師に伺いたいことや報告等について記入してください。

※医師→ケアマネジャー等も可。

《例》・ADLが急激に低下しており、訪問リハビリを利用したいと考えておりますが、いかがでしょうか？

・介護保険の区分変更申請をしますので、意見書をよろしく願います。

・先生から助言いただいたことを担当学会で家族や関係者に伝え、今後について話し合った結果、在宅生活を継続することになりました。

所属

氏名

電話番号

FAX 番号

様

上記の方につきましてお答えします。

年 月 日

**【医師】**

ケアマネジャー等からの伺い、報告に対しての返事や意見を記入してください。

※ケアマネジャー等→医師も可

《例》・訪問リハビリの利用は良いと思います。意見書についても了解しました。

・ご報告ありがとうございました。

所属

FAX 番号

氏名

**【注意】** この連絡票は診療情報提供料として算定することはできません。