

年 月 日

## 医療者(医師・歯科医師・薬剤師)とケアマネジャーとの連絡票

宛先	医療機関名:	発信者   名刺貼付可 	介護事業所名:	
	住所:		住所:	
	御担当:		様	電話:
				FAX:
			氏名:	

連絡の目的	<input type="checkbox"/> ご挨拶をさせていただきます。
	<input type="checkbox"/> 意見書をお願い申し上げます。
	<input type="checkbox"/> 介護認定申請のご連絡⇒ <input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 区分変更申請 (申請日 月 日)
	<input type="checkbox"/> 作成したケアプランの情報提供 ⇒添付のとおりです。ご確認ください。
	<input type="checkbox"/> 下記の連絡内容について ・ご相談 ・ご報告します。

\* 医療者(医師・歯科医師・薬剤師)に情報提供することや医療者(医師・歯科医師・薬剤師)から情報提供を得ることについては ご本人・ご家族から同意を得ている。

利用者	フリガナ氏名	男女	生年月日	大正昭和	年 月 日( 歳)
	認定情報	申請中(申請日: 月 日)		要支援 1・2	
		要介護 1・2・3・4・5			
	主治医				
	世帯	独居・夫婦世帯・日中独居(有・無)・同居家族:			
	家族等	1 氏名		続柄	
2 氏名			続柄		
認知症	無・有	症状			

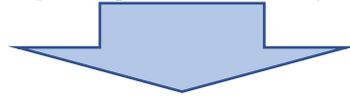
相談・報告	
-------	--

【回答希望の有無: 有・無】 ※回答は裏面FAX用紙でお願い申し上げます。

作成:ひらつか地域介護システム会議(H30.6月)  
問い合わせ:平塚市在宅医療・介護連携支援センター

年 月 日

# 【 回答します 】



事業所名		担当者	
E-mail		FAX	

## 医療者(医師・歯科医師・薬剤師)とケアマネジャーとの連絡票

<b>回答【返信】</b> (この連絡票での回答では診療情報提供料の算定はできません)			
<input type="checkbox"/> 下記にて回答します	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書等にて回答します	<input type="checkbox"/> 電話をします	
<input type="checkbox"/> 電話をください (TEL	- - )	日	時 分頃
<input type="checkbox"/> 面接します	<input type="checkbox"/> その他		
患者氏名		最終診療	年 月 日

### 【回 答】

令和 年 月 日

病院(医院)		診療科	
記入者氏名			

### \*回答について

(1) 医師と歯科医師がケアマネジャーへ情報を提供した場合は、「診療情報提供料1」(様式12の4)(250点)を算定できるものとされています。算定する場合には「診療情報提供書」を交付してください。

(2) 診療情報提供料の算定は趣旨等に照らして、算定対象とするか否かを判断してください。なお、介護保険の居宅療養管理指導を行っている場合には、診療情報提供料は算定できません。