

年 月 日

主治医とケアマネジャーの連絡票
(医療系サービスの導入に係る医師の意見照会)

〇〇 〇〇 先生 御机下

事業所名	△△居宅介護支援事業所
担当者	大雪 春子
電話	11-1111
FAX	11-1112

<利用者>

氏名	旭川 花子 様	介護度	要介護1
生年月日	昭和 15年 9月 8日		

上記利用者様について、医療系サービスの（導入・継続）を検討しています。つきましては、主治医の先生の御意見をお聞かせ願います。

なお、ケアマネジャーが必要と考える医療系サービス及び理由は次のとおりです。

導入予定の医療系サービス	訪問看護
<必要と考える理由> 日中独居になる時間が多く、認知機能の低下もあるため、訪問看護による食事指導、服薬指導を受け、血糖コントロールを行うため。	

<医師回答欄>

医療系サービスの必要性	有 ・ 無
-------------	-------

必要なサービスは、次のとおりです。
※必要な場合のみ口にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/>	訪問看護
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ
<input type="checkbox"/>	通所リハビリ（デイケア）
<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士）
<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護（老人保健施設・介護療養型医療施設）
<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護

<必要性を判断した理由>

年 月 日

病院名・主治医氏名