＜ＦＡＸ送信票＞　主治医意向確認用

令和　　　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 | |
| 主治医から情報提供をうけることについての本人又は家族からの承諾 | | | | 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、本人又は家族へ説明の有無 | | | | 有　　・　　無 |

ご多忙のところ恐縮ですが、上記、被保険者のケアプラン作成時及び変更時における主治医の意向について、確認させていただきたく、下記へご記入をお願いいたします。

**Ⅰ　サービス担当者会議への出席について（いずれか１つに○をつけてください。）**

|  |
| --- |
| １． サービス担当者会議に出席し、後日ケアプラン（※注1）を確認する。 |
| ２． サービス担当者会議には出席しないが、介護支援専門員からの相談（※注2）に対しては、予め意見を伝える。後日ケアプランを確認する。 |
| ３． ケアプランが出来上がってから後日確認し、意見があれば伝える。 |

※注１　ケアプランとは、「居宅サービス計画書第１表から第３表」及び「サービス利用票」のことです。

※注2　ＦＡＸによる相談の場合は、「ＦＡＸ送信票（主治医相談用）」を使用致します。

**Ⅱ　ケアプランの最終確認方法について下記１～３のいずれかをお選びください。**

１．ＦＡＸ　　　　　　２．電話　　　　　　　３．郵送

**Ⅲ　サービス提供上問題が生じて主治医に相談したい場合の連絡方法について**

**下記からお選びください。（複数回答可）**

１．ＦＡＸ　　　　　　　２．電話（　　　　　　時頃）　　　　　３．その他（　　　　　　　　　　　　）

**Ⅳ　診療情報提供書　様式12-4（※注3）　のFAX送信希望**

　　　 　１．あり　　　　　　　２．なし

※注3　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）