

様式 2

主治医相談票

年 月 日

(医療機関名)	(事業所名)
(診療科)	(担当者名)
(主治医名)	(TEL)
	(FAX)

利用者の情報

フリガナ 氏名		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 -		電話	()	
介護度	申請中 要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		
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の本人又は家族からの承諾の有無					有 ・ 無

照会内容

- サービス担当者会議の開催について
(開催日時：平成 年 月 日 () 時 分 開催場所：)
- 新規・更新・区分変更時のケアプラン作成に伴う医学的意見について
- 医療系サービス利用に対する医学的意見について
- 軽度者の福祉用具レンタル例外給付に対する医学的意見について
- その他

主治医からの回答

- サービス担当者会議に出席する。
- ケアマネジャーの意見に対して特に追加意見なし
- 様式 3 「都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け診療情報提供書」で回答する。
- 軽度者の福祉用具レンタル例外給付について、該当欄に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 (例：がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

- 以下に回答する。

記入日	年 月 日	主治医氏名	
-----	-------	-------	--