

医療系サービスの導入に係わる情報提供

西暦 年 月 日

北見赤十字病院
(医師)

様

事業所名

担当者

電話

<利用者>

住所			
氏名	様	介護度	
生年月日	M・T・S 年 月 日	歳	性別 男・女

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、主治医の先生のご意見をお聞かせ願います。

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。

なお、貴院からの情報の提供についてはご本人・ご家族より同意をいただいております。診療情報提供料（I）にて算定していただけますので、申し添えます。

導入予定の医療系サービス	
<必要と考える理由>	

以下 病院 記入 欄

<医師回答欄>

医療系サービスの必要性	有 ・ 無
<主治医からケアマネジャーへの指導・助言等>	

西暦 年 月 日

担当医師名：