

医療系サービスの利用確認票

令和 年 月 日

医療機関名

診療科

主治医名

事業所名

介護支援専門員名

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
介護度	認定期間			

上記の被保険者につきまして、医療系サービス利用のため、下記の点についての主治医のご意見を、下記へご記入いただきますようお願いいたします。

ケアマネジャーの意見	主治医の意見
1. アセスメントの結果による問題点	1. 居宅サービス()について 必要 不要 (どちらかに○をお願いします)
2. 問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)	*留意点があれば、下記に記載をお願いします。
3. 問題点・援助内容等の中で、医学的見地から うかがいたいこと	
	(記入日) 令和 年 月 日 (主治医氏名)

※令和2年東部地区在宅医療介護連携推進協議会での承認により、この様式での医療系サービス確認に関する費用は発生しない取扱いとしております。ご記入にあたってはご配慮いただきますようお願いいたします。