

医療と介護の連携シート

医療機関の名称 所在地 電話番号 FAX番号 主治医 様	<input type="checkbox"/> → ← <input type="checkbox"/>	介護支援事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当居宅介護支援専門員または担当者 氏名
---	--	---

本人(家族)の同意について
 連携シートを使用して連絡および、情報提供を頂く事について

ご本人(ご家族)の同意を得ています。

ご本人(ご家族)の心身状況等から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますので、ご連絡いたします。

◆ **利用者の情報** (*欄は「ケアマネジャー等」 ⇄ 主治医の場合のみ記入)

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名						(歳)
住所		TEL				
*要介護度	事業対象者	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中		
*他医受診歴	無 有 (医院 科・疾患名)					

◆ **ケアマネジャー等記載欄**

令和 年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>							
<input type="checkbox"/> ケアプラン作成(新規・更新・区分変更・ケアプラン変更)にあたり、症状等についての確認・指示など							
<input type="checkbox"/> 医療系サービス等()を導入・継続するにあたり相談など							
<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての報告・相談など							
<input type="checkbox"/> 担当者になりましたのでご報告します							
<input type="checkbox"/> その他							

◆ **医師・歯科医師・薬剤師・訪看等記載欄**

令和 年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>							
<input type="checkbox"/> 電話してください 月 火 水 木 金 土の午前・午後()時頃							
<input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します							
<input type="checkbox"/> その他							