

医療機関と介護支援専門員等の連携シート

医療機関名		①	事業所名	
住所			住所	
氏名	先生御机下		介護支援専門員等氏名	
電話		②	電話	
F A X			F A X	
E-mail			E-mail	

日頃より大変お世話になっております。ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、下記の件につきご教示頂きたく、ご都合の良い連絡方法または回答等につきまして、ご返信下さいますようお願いいたします。

※この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、
 ご本人(ご家族)の同意を得ています。 同意を得た日 年 月 日
 ご本人(ご家族)の心身状況等から同意は得ておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

氏名		性別		要介護度	
生年月日	年 月 日 歳	電話			
住所					

連絡内容	<input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員になったご挨拶 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的意見・指示について ⇒ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催の連絡、医学的意見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について <input type="checkbox"/> 医療系サービスをケアプランに位置付けるに当たり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 状況の報告 { <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 死亡 年 月 日 <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての報告・連絡・相談

他医療機関の受診歴	病院	科:疾患名()
	病院	科:疾患名()

【報告・相談内容等】

連絡のみとなります。
 上記の件についてご回答のほどよろしく願いいたします。
 年 月 日 介護支援専門員

連絡方法	<input type="checkbox"/> 上記内容について承知しました。 <input type="checkbox"/> 直接会って話をします。(面談の日時 月 日 時頃来院願います。) <input type="checkbox"/> 電話で話をします。(連絡の日時 月 日 時頃電話してください。) <input type="checkbox"/> 文書で回答します。(下記のとおり)
------	--

【回答内容】

サービス担当者会議について	<input type="checkbox"/> 出席します。 <input type="checkbox"/> 出席できませんので、上記のとおり文書にて意見をお伝えします。
---------------	--

上記のとおり連絡します。
 年 月 日 (医師・歯科医師・薬剤師等の氏名)