

記載例

医療・介護連携シート(浜田市版)

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	医師	先生	担当者氏名	
	TEL	() -	TEL	() -
	FAX	() -	FAX	() -

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、先生からご指示をいただきたく、ご連絡させていただきました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

利用者	氏名	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 個人情報の取り扱いは細心の注意を払う。特に、FAXを利用する際は個人情報特定されないように発信者が要注意を払う </div>			要支援1	要支援2						
	住所				1	2	3	4	5			
生年月日	明・大・昭	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	(〇〇)	歳	性別	男	女
連絡内容	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入についての意見・相談など <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)についての医学的意見など <input checked="" type="checkbox"/> ケア会議やサービス担当者会議について ケア会議やサービス担会の日時を明確に記載 <input type="checkbox"/> 利用者の状態についての相談 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> その他											
	回答希望	<input checked="" type="checkbox"/> 回答をお願いします <input type="checkbox"/> 回答は不要です			本人・家族の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族の同意を得ています(令和〇〇年〇〇月〇〇日) <input type="checkbox"/> 同意は得ていませんが必要なため連絡いたします						
	利用者の照会・相談	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 【記載例】いつもお世話になっております。〇〇様の担当ケアマネジャーをさせていただいております。介護認定更新で要介護1の認定を受けられました。現在、週1回のデイケアサービスを利用されていますが、同居の娘様より、自宅ではほとんどベット上で過ごすことが多く下肢筋力低下予防のためデイケアサービスの回数を週2回に増やしリハビリの強化を希望されています。介護保険サービスの利用や在宅生活を継続する上での留意点・ご指示などあります。 </div>										
	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 質問時: 聞きたい内容ははっきりと具体的に、手短かに記入する。 報告時: 「報告の目的」及び「いつ・どこで・だれが・なにを・どのように」がわかる内容で報告し、報告の目的もはっきりさせる。ケア会議やサービス担会の日時を明確に記載 </div>											
	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 質問時: 聞きたい内容ははっきりと具体的に、手短かに記入する。 報告時: 「報告の目的」及び「いつ・どこで・だれが・なにを・どのように」がわかる内容で報告し、報告の目的もはっきりさせる。ケア会議やサービス担会の日時を明確に記載 </div>											
	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 質問時: 聞きたい内容ははっきりと具体的に、手短かに記入する。 報告時: 「報告の目的」及び「いつ・どこで・だれが・なにを・どのように」がわかる内容で報告し、報告の目的もはっきりさせる。ケア会議やサービス担会の日時を明確に記載 </div>											

チェックがある場合返信

チェックがある場合返信をお願いします

医師からの回答書(返信)

連絡方法等	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> 面談(ご本人の受診時同席) <input type="checkbox"/> 面談(受診時以外) <input type="checkbox"/> E-mail	曜日・時間帯	*「TEL」「面談」の場合はこの欄の記載をお願いします <input type="checkbox"/> 診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> 希望曜日と時間帯									
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (: ~ :) 時頃											
回答	質問に対するご回答をお願い致します。											
その他ご意見	その他 ご意見・ご指示があればお願い致します。											
ケア会議やサービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席できません												
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 医療機関名: 〇〇医院 主治医: 〇〇 〇〇												

介護保険サービス等を提供するにあたり、

