医療・介護連携シート(浜田市版)

令和　　年　　月　　日

宛先			発信先		
	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、よろしくお願いします。

利用者				
	ふりがな 氏名		介護度	申請中　要支援1　・　要支援2 要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5
	住所		TEL	(　　)　　－
	生年月日	明　・　大　・　昭　　年　　月　　日　(　　) 歳	性別	男　・　女

連絡内容	
	☐ 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
	☐ 医療系サービスを導入についての意見・相談など
	☐ 福祉用具貸与（購入）についての医学的意見など
	☐ ケア会議やサービス担当者会議について
	☐ 利用者の状態についての相談
	☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶
	☐ その他

回答希望		本人・家族の同意	
	☐ 回答をお願いします ☐ 回答は不要です		☐ 本人・家族の同意を得ています(令和　　年　　月　　日) ☐ 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	

医師からの回答書（返信）

連絡方法等		曜日・時間帯	
	☐ TEL ☐ FAX ☐ 面談(ご本人の受診時同席) ☐ 面談(受診時以外) ☐ E-mail		**＊「TEL」「面談」の場合はこの欄の記載をお願いします** ☐**診療時間中いつでも可** ☐希望曜日と時間帯　☐　**月　日**　(　:　)**時頃** ☐月　☐火　☐水　☐木　☐金　☐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	
	☐ 出席します ☐ 出席できません

令和　　年　　月　　日

医療機関名:

主治医　: