

医療と介護連携連絡表

令和 年 月 日

医療機関名		事業所名	
所属科		所在地	
医師名		電話	
		FAX	
		介護支援専門員名	

日頃より大変お世話になっております。 様 の介護保険のケアマネジメントを担当しております。 次の連絡内容にて、先生のご指導を賜りたくご連絡をさせていただきました。

*なお、この照会を行うこと及び先生からの情報提供をいただくことについては、

- ご本人の同意を得て、ご連絡致しました。
- ご家族の同意を得て、ご連絡致しました。
- ご本人の心身状況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致しました。

同意した日 令和 年 月 日

利用者名		連絡内容 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等について指示・確認等 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するための意見・相談等 <input type="checkbox"/> 利用者の変化、サービスの利用状況等の報告 <input type="checkbox"/> 軽度者の福祉用具利用のための意見・相談等 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> 担当者会議開催のための照会
生年月日		
住所		
電話		
介護度	() ⇒ ()	

利用者のニーズ及び援助方針

サービス種類	利用日及び時間	内 容
サービス利用状況		

《利用者の照会・相談内容等》

《主治医からの返信欄》

令和 年 月 日

連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接あつて話をします [月 日 時 分頃来所ください] <input type="checkbox"/> 電話で話をします [月 日 時 分頃電話ください] <input type="checkbox"/> この連絡表をもって回答とします <input type="checkbox"/> 別便文書で回答します	医師名	
------	--	-----	--

- 連絡表の内容を確認しました。特段の意見はありません。
- 軽度者における特殊寝台等及び車いすの貸与についての意見は下記のとおりです。
- ・特殊寝台(介護用ベッド)の利用について 必要 ・ 不要
 - ・特殊寝台付属品(ベッド柵等)について 必要 ・ 不要
 - ・床ずれ防止用具(マットレス等)の使用について 必要 ・ 不要
 - ・車いすの利用について 必要 ・ 不要

その他主治医からの連絡事項

※ 注意、連絡事項等ありましたらFAXにてご返送をお願いいたします。