

医療機関(医師・歯科医師・薬剤師等)とケアマネジャー等の連携連絡票

※気仙沼市及び南三陸町内の医療機関とケアマネジャー等との連携のみに使用して下さい。
 ※情報を連携する患者(利用者)は、気仙沼市及び南三陸町に住所を有する方、若しくは居住している方に限ります。
 ※指定居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーのみの使用に限りませんが、「介護保険施設(特養・老健)入所に係る共通健康診断書」の複写の同意確認を行う場合に限り、生活相談員(特養)及び支援相談員(老健)の使用を可とします。

医療機関名	事業所名
住所	住所
TEL	TEL
FAX	FAX
氏名	介護支援専門員等氏名
先生 御机下	

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、下記の件についてご教示頂きたく、ご都合の良い連絡方法もしくは回答等につきまして、FAXでご返信下さいますようお願い申し上げます。

本人(家族)の同意について
 連携連絡票を使用しての先生への連絡および先生から情報提供頂く事について

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、ご本人の為に必要がありますのでご連絡致します。

氏名	様	性別	生年月日	年	月	日	歳
住所	TEL			介護度			

連絡内容

担当のケアマネジャーとなった挨拶
 介護保険要介護・要支援認定申請の報告(必要時) ⇒ 新規 更新 区分変更
 ケアプラン作成にあたり医学的意見・助言等の確認
 サービス担当者会議(照会)開催の連絡、専門的な見地からの意見の確認
 医療系サービス等()を導入するにあたり主治医の意見等の確認
 状況報告 ⇒ 入院 退院 入所 退所 転居 死亡 ⇒ 年 月 日
 下記状況についての報告・連絡・相談など

≪報告・相談内容等≫

連絡のみ(受信確認欄へのチェックのみでの返信で結構です※署名も不要です)
 上記の件についてご回答のほどよろしくお願いいたします
 平成 年 月 日 介護支援専門員等氏名(自署)

回答内容及び連絡方法(返信)

受信を確認しました※「連絡のみ」への返信
 上記内容について確認・了解しました(意見・助言等なし)※留意点等がある場合は回答欄に記載
 医療系サービス等の導入の必要性を認めます ※留意点等がある場合は回答欄に記載
 意見・助言・要望等あり

⇒ 直接会って話をします (面談の時間 月 日 時頃 来てください)
 ⇒ 電話で話をします (連絡の時間 月 日 時頃 電話してください)
 ⇒ 文書で回答します (下記のとおりです)

≪回答内容≫

上記の通り連絡します。
 平成 年 月 日 医師・歯科医師・薬剤師等氏名(自署)
 上記内容について医師・歯科医師・薬剤師等より確認しましたので、代理記載し連絡します。
 平成 年 月 日 部署名 代筆者氏名(自署)

介護支援専門員等記載欄(面会・電話での回答内容の記載、その他の追記等)

情報提供書(医療機関・介護保険事業所等)

フリガナ	性別		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	歳
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		身長	cm	体重	kg		
	住所		緊急時連絡先	①				
				②				
介護保険情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 ⇒	申請日 H 年 月 日					
	被保険者番号	有効期間		H 年 月 日	～	H 年 月 日		
	負担割合	適用期間		H 年 月 日	～	H 年 月 日		
障害手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療(級 種)】 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()障害名							
在宅生活への本人・家族の意向・相談内容等	一日の過ごし方・社会参加の状況・外出頻度等							
生活歴 趣味 嗜好等	特記事項 (生活上の支障、困り事、課題等)							
家族構成・介護者の情報	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> 日中独居		氏名		続柄		同別居	
			※					
			家族・協力者等 (主介護者=※)					
住環境に関する特記事項	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等		※障害となる環境		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
			介護者の健康状態・介護負担等					
在宅支援体制サービス利用状況 ※(利用回数、曜日等)	<input type="checkbox"/> 訪問診療() <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療() <input type="checkbox"/> 往診()		<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 歯科医師() <input type="checkbox"/> 薬剤師()					
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> 管理栄養士() <input type="checkbox"/> 歯科衛生士() <input type="checkbox"/> 看護職員()					
	<input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 訪問リハ() <input type="checkbox"/> 通所リハ()		<input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> 訪問入浴() <input type="checkbox"/> 通所介護() <input type="checkbox"/> ショートステイ()					
主治医	医療機関名		その他受診医療機関					
	医師名		歯科医院					
	受診頻度		調剤薬局					
既往歴 手術歴 治療経過 症状等 ※(発症年月日)	()		()		()			
	()		()		()			
	()		()		()			
処方内容、服用している市販薬等								
服薬状況・方法 (粉砕・ゼリー等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		一包化の必要性		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
			アレルギー等		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			

様 情報提供書(医療機関・介護保険事業所等) ②

麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 ()
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 ()
関節可動域	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限等あり【 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ()】
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
立上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
立位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歩 行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
衣服着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入 浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない【 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()】
洗 身	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
排 泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ()】
食 事	<input type="checkbox"/> できる (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 見守り (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()
口腔の状況	<input type="checkbox"/> 自歯あり <input type="checkbox"/> 自歯なし <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯
口腔ケア	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
咀嚼・嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> その他 ()
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 褥瘡あり () <input type="checkbox"/> 皮膚疾患あり ()
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 判断不能 【 <input type="checkbox"/> 眼鏡あり <input type="checkbox"/> 眼鏡なし 】
聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 判断不能 【 <input type="checkbox"/> 補聴器あり <input type="checkbox"/> 補聴器なし 】
言語障害等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 話せない
会話の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない
認知機能 問題行動	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題行動あり【 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ()】
睡眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 睡眠障害あり <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
家事動作等	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 支援が必要【 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 電話の利用 <input type="checkbox"/> 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> その他 ()】
その他	

居宅介護支援事業所名/

担当者(作成者)名/

作成日/平成 年 月 日 提供日/平成 年 月 日

情報提供先/

提供手段/ FAX メール 面談【 場所/

】 その他 ()

介護保険施設（特養・老健）入所に係る共通健康診断書

ふりがな		性別	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年	月	日	歳

住所 _____ 連絡先 _____

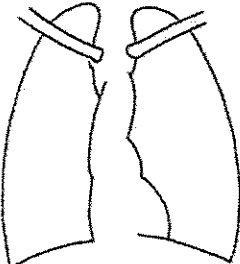
現在の疾病（介護サービス提供上、重要なものから順に記入して下さい。）

1. _____ 2. _____

3. _____ その他 _____

既往歴・手術歴 _____

現在の治療及び経過 _____

	胸部X線所見	実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	撮影：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※6カ月以内に撮影しており、特に変化のない場合は、その所見に基づき記入して頂いて差し支えありません。	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔カテーテル） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		疥癬※疑われる皮膚所見や症状があれば皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。 感染が疑われる所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（検査結果： _____ ）

現在の処方内容（処方箋の写し、お薬手帳の写しでも可） _____

備考 ※特記すべき事項があれば記入して下さい。 _____

上記のとおり診断します。 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※枠内の複写の同意チェック欄は、気仙沼・南三陸管内の医療機関のみ記載願います。

下記の条件に従い複写することに同意する。 この診断書を複写することに同意しない。

複写する際の事務費用等の請求なし。 複写する際の事務費用等の請求あり。

医療機関名 _____ 医師名 _____ 印 _____

住所地 _____

○記載上のお願い：施設から申出があった場合や、本診断書の内容だけでは不十分と判断した場合は必要に応じて直近の血液検査や画像診断の結果等を添付して下さい。

○使用期限：この診断書の使用期限は作成日から1年間です。（記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません。）

○複写の条件：① 使用期限内（上記診断日から1年以内）に限ります。
 ② 複写ができる人は、本人及び家族、本人及び家族から同意を得た介護支援専門員又は生活相談員（特養）及び支援相談員（老健）のみです。
 ③ 上記「複写することに同意する」欄に記載医師がチェックしている場合のみ複写可とします。

複写実施者名 _____ 印 _____ 実施日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 診断書記載医師同意確認日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○注意点：① この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し同意を得て下さい。
 ② 上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。
 ③ 複写は必ず原本から行い、複写したものに日付と実施者の氏名を記載し捺印して下さい。
 ④ 「複写する際の事務費用等の請求あり」にチェックがある場合は、診断書を発行した医療機関に料金を確認し料金を病院窓口へ支払って下さい。

【運用上の主な留意事項】

1. 共通健康診断書の使用について

施設が主治医からの情報提供や主治医意見書、診療情報提供書等によっても必要な健康状態の把握ができない場合で、健康診断書による健康状態の把握が必要な場合にのみ本診断書を使用することとする。

2. 共通診断書の費用について

また、共通健康診断書の文書料並びに検査にかかる費用は自由診療であり、金額の統一は独占禁止法に抵触するので、各医療機関で患者の負担にならない程度で設定して下さい。

3. 記載項目について

記載項目は医療情報、特に感染症を中心とし、胸部レントゲン撮影と疥癬についてのみ原則必須とし、これらについても既存のデータがあればそれを利用する。記載項目以外の、記載医師が有用と判断した情報は提供を勧奨し、生活や介護に関する情報は介護支援専門員、本人・家族等から施設側が聴き取りを行うべき項目であり必須としない。

胸部X線については6ヶ月以内に撮影しており、特に変化のない場合は、その所見に基づき記入して頂いて差し支えありません。胸部X線所見で、陈旧性肺結核を有する場合は記載願います。

疥癬については指間、腋窩、陰股部に痒みを伴う赤色の小丘疹や、皮膚の落屑、1～2ヶ月以内に疥癬患者との接触歴がある場合には記載し、また皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。

肝炎ウイルスについては既往歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づき健康診断書の既往歴又は備考欄に記載願います。

薬剤耐性菌については、IVH、気管切開、留置カテーテル、褥瘡等の医療処置中で感染が疑われる場合、MRSA、ESBLs(基質拡張型βラクタマーゼ産生菌)、MDRP(多剤耐性緑膿菌)などの薬剤耐性菌の検出歴が分かる場合は健康診断書の既往歴又は備考欄に記載願います。

施設からの申出があった場合や、本診断書の内容だけでは不十分と判断した場合は、必要に応じて直近の血液検査や画像等を添付願います。

処方内容は、記載に代えて処方箋又はお薬手帳の写しの添付でも差し支えありません。

4. 運用方法

①診断書は、原則記載日から1年間有効とし、記載の時点で複写することの同意を得た上に、さらに複写する際に、再度記載医師に複写することの同意を得ることとします。

②複写ができる人は、本人及び家族、本人及び家族から同意を得た介護支援専門員又は生活相談員(特養)及び支援相談員(老健)のみです。

③介護支援専門員又は生活相談員(特養)及び支援相談員(老健)が本人又は家族からの依頼を受けて複写する場合は、「医療機関(医師・歯科医師・薬剤師等)とケアマネジャーの連携連絡票」を用いて記載医師から複写する事の同意を得てください。(※連携連絡票に複写する枚数と提出先施設名を明記して下さい)。

④複写する際には必ず原本から複写して(複写からの複写は不可)、複写したものに複写を実施した者の氏名、複写実施日、記載医師の同意確認日を記載・捺印して下さい。

⑤「複写する際の事務費等の請求あり」にチェックがある場合は、診断書を発行した医療機関に料金を確認し、料金を病院窓口へ支払って下さい。

⑥原本の保管は、本人又は家族の保管を原則とします。ただし、やむを得ない事情がある場合は、介護支援専門員又は生活相談員(特養)及び支援相談員(老健)が本人又は家族の同意を得た上で保管して下さい。

⑦本診断書は、施設の利用申し込み時(老健)及び入所時(特養)のみに使用するものとします。

⑧本診断書を使用できる施設は、気仙沼・南三陸管内の施設(特養・老健)に限ります。

⑨本診断書は、気仙沼・南三陸管外の医療機関への使用も可としますが、複写の同意欄の使用については、気仙沼・南三陸管内の医療機関に限ります。

⑩気仙沼・南三陸管外の医療機関へ本診断書を使用する場合は、複写の同意チェック欄に二重線を引いて使用して下さい。

⑪本診断書の取り扱いにあたっては、個人情報保護に十分注意して下さい。