

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

※気仙沼市及び南三陸町内の医療機関とケアマネジャー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。

※連携連絡票についての説明を受けた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す。

医療機関名 住所 TEL FAX 氏名 先生 御机下		居宅介護支援事業所名 住所 TEL FAX 介護支援専門員氏名
--	--	--

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、下記の件について先生よりご教示頂きたく存じます。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	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成(新規・更新・区分変更・ケアプラン変更)にあたり、症状等についての指示・確認など <input type="checkbox"/> 医療系サービス等()を導入するにあたり主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談・報告など <input type="checkbox"/> その他						

《相談内容等》

上記の件についてご教示のほどよろしくお願いたします。

平成 年 月 日 介護支援専門員氏名(自署)

回答内容及び連絡方法(返信)	<input type="checkbox"/> 「1」. 特に意見・要望等なし <input type="checkbox"/> 「2」. 意見・要望等あり
「2」の場合の連絡方法等	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)

介護支援専門員記載欄(面会・電話での回答内容の記載、その他の追記等)