

医療機関(医師・歯科医師・薬剤師・看護師等)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。

居宅介護支援事業所名 住所 TEL _____ FAX _____ 介護支援専門員氏名 _____ 様	←	医療機関名 住所 TEL _____ FAX _____ 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、下記の件についてご回答頂きたく、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ケアマネジャーへの連絡および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						

連絡内容	<input type="checkbox"/> 主治医意見書、診断書等の作成の為に必要な介護情報の提供依頼(情報提供書等)
	<input type="checkbox"/> 服薬状況等の日常生活にかかる情報提供依頼(情報提供書等)
	<input type="checkbox"/> 家族等の介護力、サービス提供状況等の確認のための情報提供依頼(情報提供書、ケアプラン等)
	<input type="checkbox"/> 往診、訪問診療を開始するにあたっての情報提供依頼(情報提供書、ケアプラン等)
	<input type="checkbox"/> 入院時・退院時の情報提供依頼(情報提供書等)
	<input type="checkbox"/> 介護にかかわる治療内容の変更等(処方内容変更等)についての報告
	<input type="checkbox"/> 状況報告 ⇒ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 死亡 ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 下記状況についての報告・連絡・相談など

≪報告・相談内容等≫

- 書類の提出のみで結構です(事務への提出、メール、FAX、郵送等)
- 面談したうえでの情報提供を希望しますので、下記日時に来てください
⇒ 面談希望日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 場所 _____
- 上記の件についてご回答のほどよろしくお願いします。
- 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)

- 上記の通り連絡します。
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師・歯科医師・薬剤師・看護師等氏名(自署)
- 上記内容について医師・歯科医師、薬剤師等より依頼がありましたので、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)

回答内容および連絡方法等(返信)	<input type="checkbox"/> 受信を確認しました※「連絡のみ」への返信
	<input type="checkbox"/> 上記内容について承知しました
	<input type="checkbox"/> 別紙文書にて情報提供します ⇒ <input type="checkbox"/> 持参します <input type="checkbox"/> FAX・メール等で送信します <input type="checkbox"/> 郵送します
	<input type="checkbox"/> 面談日時の変更をお願いします(下記のとおりです)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します(下記のとおりです)
	<input type="checkbox"/> 確認後連絡します

≪回答内容≫

上記の通り連絡します。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 介護支援専門員氏名(自署)