

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すが、「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。

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">医療機関名</td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>TEL</td><td>FAX</td></tr> <tr><td>氏名</td><td>先生 御机下</td></tr> </table>	医療機関名		住所		TEL	FAX	氏名	先生 御机下		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">事業所名</td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>TEL</td><td>FAX</td></tr> <tr><td colspan="2">介護支援専門員等氏名</td></tr> </table>	事業所名		住所		TEL	FAX	介護支援専門員等氏名	
医療機関名																		
住所																		
TEL	FAX																	
氏名	先生 御机下																	
事業所名																		
住所																		
TEL	FAX																	
介護支援専門員等氏名																		

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	
<input type="checkbox"/> ご本人(ご家族)の同意を得ています。	
<input type="checkbox"/> 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"/> 担当のケアマネジャーとなった挨拶									
	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護・要支援認定申請の報告(必要時) ⇒ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更									
	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり医学的意見・助言等の確認									
	<input type="checkbox"/> 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									
	<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等の確認									
	<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	

<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 上記の件についてご回答のほどよろしく願いいたします	
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)	<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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 意見・助言・要望等あり
	⇒ <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	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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)