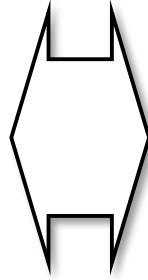


医療・介護連携シート

< ケアマネジャー → かかりつけ医・主治医 >

平成 年 月 日

依頼元
事業所名
担当者名
電話番号
F A X 番号
E - m a i l



依頼先
医療機関名
主治医名 御侍史
電話番号
F A X 番号

平素より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、
下記の内容につきましてご回答をお願い申し上げます

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年 月 日	歳
住所				電話			
◎連絡内容							
<input type="checkbox"/> ケアプランの作成あたり、病状等の指示・確認 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）における医学的意見 <input type="checkbox"/> 利用者の状況についての相談 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催についての連絡 <input type="checkbox"/> その他							
◎症状・治療経過・現在の処方							
◎介護保険の利用 <input type="checkbox"/> あり（要介護度： ） <input type="checkbox"/> なし							
利用サービスの種類							
() () ()							
() () ()							

主治医回答欄

連絡方法等	<input type="checkbox"/> お会いしてお話します (月 日 時 分頃に来院してください)
	<input type="checkbox"/> お電話でお話します (月 日 時 分頃にお電話をください)
	<input type="checkbox"/> 文書 (F A X またはメールで回答します)

主治医からの回答・助言

--

平成 年 月 日 氏名