

～医療機関発信用～

送信回数(2回目以降も同じ用紙を使用する場合) 3 ⇒ 4 ⇒ 5

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

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)
 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)
 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)
 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)
 入院時・退院時の情報提供依頼(情報提供書等)
 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
 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》

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ひします。
 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)

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