

**記載例**

**医療・介護連携シート**

令和 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	医師	先生	担当者氏名	
	TEL	( ) -	TEL	( ) -
	FAX	( ) -	FAX	( ) -

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、先生からご指示をいただきたく、ご連絡させていただきました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、よろしくお願いします。

利用者	ふりがな氏名	個人情報の取り扱いは細心の注意を払うこと。特にFAXを利用する際は気をつけること。	介護度	申請中 要支援1 ・ 要支援2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	住所		TEL	( ) -
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳	性別	男・女

連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など	ケア会議やサービス担当者会の日時が決まっていれば、記載すること。日程や時間の調整依頼なら、予定日等を記載すること
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入についての意見・相談など	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）についての医学的意見など	
	<input checked="" type="checkbox"/> ケア会議やサービス担当者会議について	
	<input type="checkbox"/> 利用者の状態についての相談	
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶	
<input type="checkbox"/> その他		

回答希望	<input checked="" type="checkbox"/> 回答をお願いします	本人・家族の同意を得ています(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 同意は得ていませんが必要なため連絡いたします
	<input type="checkbox"/> 回答は不要です	

【記載例】

いつもお世話になっています。〇〇様の担当ケアマネをしています。介護認定更新で「要介護1」の認定を受けられました。現在、週1回のデイケアを利用されていますが、同居の娘様が「自宅ではほとんどベッド上で過ごすことが多いので、下肢筋力低下予防のため、デイケアの回数を週2回に増やし、リハビリの強化を希望されています。介護保険サービスの利用や在宅生活を継続する上での注意点・ご指示などありましたらお願いします。

質問時：聞きたい内容ははっきりと具体的に、手短かに記入する。  
 報告時：「報告の目的」及び「いつ・どこで・誰が・何を・どのように」がわかる内容で報告し、報告の目的をはっきりさせる。

チェックがある場合、返信をお願いします。**医師からの回答書（返信）**

連絡方法等	<input type="checkbox"/> TEL	曜日・時間帯 *「TEL」「面談」の場合はこの欄の記載をお願いします <input type="checkbox"/> 診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> 希望曜日と時間帯
	<input checked="" type="checkbox"/> 面談(ご本人の受診時同席)	
	<input type="checkbox"/> 面談(受診時以外)	
	<input type="checkbox"/> E-mail	

質問に対するご回答をお願いいたします。

その他 ご意見・ご指示があればお願いいたします。

介護保険サービス等を提供するにあたり、ご意見・ご指示があれば記載ください。

ケア会議やサービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席できません	令和 年 月 日 医療機関名： 主治医：
---	----------------------------