# 医療・介護連携シート

令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 宛先 | 医療機関名 | | 発信先 | 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<br>氏名 | | 介護度 | 申請中　要支援1　・　要支援2　・　事業対象者<br>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 | ☐ 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 | | | | | |
| | ☐ 医療系サービスを導入についての意見・相談など | | | | | |
| | ☐ 福祉用具貸与（購入）についての医学的意見など | | | | | |
| | ☐ ケア会議やサービス担当者会議について | | | | | |
| | ☐ 利用者の状態についての相談 | | | | | |
| | ☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶 | | | | | |
| | ☐ その他 | | | | | |
| 回答希望 | ☐ 回答をお願いします<br>☐ 回答は不要です | 本人・家族の同意 | ☐ 本人・家族の同意を得ています(令和　　年　　月　　日)<br>☐ 同意は得ていませんが必要なため連絡いたします | | | |
| 利用者の照会・相談 | | | | | | |

## 医師からの回答書（返信）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 連絡方法等 | ☐ TEL<br>☐ FAX<br>☐ 面談(ご本人の受診時同席)<br>☐ 面談(受診時以外)<br>☐ E-mail | 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**<br>☐ **診療時間中いつでも可**<br>☐ 希望曜日と時間帯　☐　月　日（　:　)時頃<br>☐ 月　☐ 火　☐ 水　☐ 木　☐ 金　☐ 土<br>（　:　～　:　）時頃 |
| 回答 | 質問に対するご回答をお願い致します。 | | |
| その他ご意見 | その他　ご意見・ご指示があればお願い致します。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| ケア会議や<br>サービス担当者会議に | ☐ 出席します<br>☐ 出席できません | **令和　　年　　月　　日**<br>**医療機関名:**<br>主治医　: |