

大阪市西区連携シート

作成日:令和 年 月 日

発信元		⇔	受信元	
TEL			TEL	
FAX			FAX	
担当者名			担当者名	

平素はお世話になりありがとうございます。下記の利用者について先生からのご指導、ご意見を賜りたく連絡させていただきます。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答をお願い致します。

＜利用者の情報＞

氏名		男・女	要介護度	介護()・支援()
生年月日	大正・昭和 年 月 日	才	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
住所				

ご本人の同意について	☐ この照会を行うこと及び情報提供いただくことは同意を得ています。
	同意した日:令和 年 月 日
	☐ ご本人の心身状況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いたします。

発信元	照会目的	☐ 報告	☐ 連絡	☐ 相談	☐ 返信	返信希望の有無	☐ 要返信	☐ 不要
	☐ 医療系サービスの導入について		☐ 福祉用具導入における医学的意見					
	☐ 利用者の心身の状況について		☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶					
	☐ 口腔ケアについて		☐ 薬局との連携について					
	☐ サービス担当者会議について		☐ その他					

受信元	☐ FAXで回答	☐ 別文書で回答	☐ その他
	☐ 電話で回答（下さい・します） ☐ 直接会って回答（来院して下さい）		
	電話:面談日候補 第1候補: 月 日 時 分 第2候補: 月 日 時 分		

上記の通り、回答します。 文書料不要
令和 年 月 日
西区医師会・西区歯科医師会・西区薬剤師会 承認
平成30年7月現在

※FAXを使用する場合は利用者の情報を記号・イニシャルにする等、個人情報の取り扱いに十分ご注意ください。