

医療と介護の連携シート

令和 年 月 日

医療機関名

先生

様 生年月日

要介護度

のケアプランを担当させていただきますので、ご助言よろしくお願いします。

居宅介護支援事業所名：

担当ケアマネ

所在地 淀川区

電話

FAX

ケアマネジャー→医師

※なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

☐ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しています。 同意日 平成 年 月 日

☐ 1 担当になった事のお知らせです。今後のご連絡方法についてご希望をお知らせください。

☐ 2 ご相談したいことがあります。

☐ ケアプラン作成時の意見について

☐ ご利用者の医療・介護・病状の意見や指示について

☐ サービス担当者会議における意見または開催について

☐ 福祉用具貸与における意見について

☐ 医療系サービス導入における意見・相談について

医師→ケアマネジャー

☐ 1 今後の連携方法の希望

【方法】 ☐ 電話 ☐ FAX ☐ 面談 ☐ メール

【時間帯】 ☐ 診察中いつでも可 アドレス

☐ 曜日の 時頃

☐ 2 連絡事項（ご本人に関する情報があればご記入ください）

☐ 3 以下の情報交換を希望されますか？ ☐ 家族の状況 ☐ ご利用者の生活歴 ☐ 生活状況