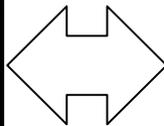


医療と介護の連携シート

個人情報の為、取扱注意

各務原市様式

医療機関名		
		先生
電話番号	—	—
FAX番号	—	—



事業所名		
職名☒		
担当者名		
電話番号	—	—
FAX番号	—	—

【利用者基本情報】

ふりがな		性別		年齢		生年月日		住所								
利用者名								電話番号	— —							
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	認知症自立度		障害自立度	

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。ご確認をお願いいたします。

送信枚数 本状含め 枚

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】		返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 受診時同行希望	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談
	<input type="checkbox"/> 返信	記載日	年	月
【概要】				
について				
【項目】 <input type="checkbox"/> サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 心身状態 <input type="checkbox"/> 服薬に関して <input type="checkbox"/> 口腔・嚥下に関して <input type="checkbox"/> 認知機能に関して				
<input type="checkbox"/> 排泄に関して(便秘・下痢等) <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 栄養状態(体重) <input type="checkbox"/> 食事摂取に関して <input type="checkbox"/> その他				
【連絡事項】				

【医師・歯科医師記載欄】		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	記載日	年	月	日
本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ	<input type="checkbox"/> 次回受診時に同行してください。			
<input type="checkbox"/> 報告ありがとうございました。確認しました。								
<input type="checkbox"/> 電話で話をします。(日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。)								
<input type="checkbox"/> ご来院願います。(日時 月 日 時頃に来院してください。)								
<input type="checkbox"/> この方は、居宅療養管理指導対象者の為、居宅療養管理指導書にて回答します。								
<input type="checkbox"/> このFAXで回答します。								
【連絡事項】								
記入者								
返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です								