

東根市医療・介護連携シート



医療機関名 _____

医師名 _____

先生 様

担当のケアマネジャー ⇒ 主治医

発信日 令和 ____年 ____月 ____日

下記の利用者を担当しているケアマネジャーです。

サービス提供はもとより、利用者の身体状況や注意を要する事項等、ご指導のほどよろしく
お願いいたします。

利用者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 要支援 ____ 要介護 ____

- 担当になった事のお知らせです。⇒ 返信不要です。
- 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
 - 医療系サービス導入における意見・相談について
 - 利用者の医療・歯科・介護・病状の意見・指示について
 - 訪問介護事業所等、関係機関からの情報提供
 - サービス担当者会議における意見または開催について
 - 訪問歯科診療について 訪問歯科診療申込書 あり なし

その他 (_____)

具体的内容

連絡及び報告

事業所名 _____

担当者名 _____

電話 _____

FAX _____

メールアドレス _____

なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供をいただくことについては
ご本人・ご家族の同意を得ております。

同意日 令和 ____年 ____月 ____日

お手数ですが、上記項目につき下記にご記入いただき、返信くださいますようお願いいたします。

主治医 ⇒ 担当のケアマネジャー

返信日 令和 ____年 ____月 ____日

FAXで回答します。

連絡を取ってください。

先生へ連絡する方法

※なお、緊急時は電話にて連絡させていただきます。

「東根市医療・介護関係施設一覧」に記載されている連絡方法・連絡時間で可。

その他 (_____)

医療機関名 _____

医師名 _____