


主治医連絡票(医師 ⇔ 介護支援専門員・地域包括職員)

日付: 年 月 日

<宛 先>

<発信元>

医療機関名			事業者名		印
主治医名	先生		管理者名		
		職種/担当者名	/		
		電話番号			
			FAX番号		

平素より大変お世話になっております。担当者より、下記の件につきましてご連絡いたします。お忙しい中大変恐縮ですが、太線内にご記入の上、以下の方法で回答をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> FAXにて返信をお願いします	<input type="checkbox"/> 郵送をお願いします(返信用切手同封)
<input type="checkbox"/> 電話をいただければ、取りに伺います	<input type="checkbox"/>

* 個人情報使用に関しましては、利用契約書・個人情報使用同意書・重要事項説明書で本人及び家族から同意を得ています。

利用者	氏名		性別		生年月日		才
	住所						
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
	有効期間	年 月 日 ~		年 月 日			

添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(ケアプラン)	<input type="checkbox"/> 週間計画表	<input type="checkbox"/> サービス利用票
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書(予防ケアプラン)		
	<input type="checkbox"/>		

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週)
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週)	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショート)
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週)	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

連絡内容	<input type="checkbox"/> 担当者からのご挨拶(新規・交代)	<input type="checkbox"/> 利用者の状態等報告・相談
	<input type="checkbox"/> (予防)ケアプランに関する報告・相談	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に関する相談・報告
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用に関する報告・相談	
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入した利用者の(予防)ケアプラン報告	
	<input type="checkbox"/> 利用者の口腔に関する問題や服薬状況などの報告	
	<input type="checkbox"/> 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者に関する相談・報告	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

<利用者の照会・相談内容等>

《 主治医回答欄 》

回答	<input type="checkbox"/> 了承	<input type="checkbox"/> 意見・指示あり	<input type="checkbox"/> 説明希望
<p><意見・指示等></p>			
年 月 日 主治医名:			印

主治医連絡票(医師 ⇄ 介護支援専門員・地域包括職員)

日付: 2019 年 5 月 24 日

<宛 先>

医療機関名	〇〇クリニック
主治医名	院長 〇〇 〇〇先生



<発信元>

事業者名	〇〇居宅介護支援事業所
管理者名	〇〇 〇〇 印
職種/担当者名	主任介護支援専門員 / 〇〇 〇〇
電話番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇

平素より大変お世話になっております。担当者より、下記の件につきましてご連絡いたします。お忙しい中大変恐縮ですが、太線内にご記入の上、以下の方法で回答をお願いいたします。

<input checked="" type="checkbox"/> FAXにて返信をお願いします	<input type="checkbox"/> 郵送をお願いします(返信用切手同封)
<input type="checkbox"/> 電話をいただければ、取りに伺います	<input type="checkbox"/>

* 個人情報使用に関しましては、利用契約書・個人情報使用同意書・重要事項説明書で本人及び家族から同意を得ています。

利用者	氏名	〇〇 〇〇	性別	女	生年月日	昭和10年1月1日	84 才
	住所	〇〇市(町)〇〇町1-1					
	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
	有効期間	〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇〇 年 〇 月 〇 日					

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(ケアプラン)	<input checked="" type="checkbox"/> 週間計画表	<input type="checkbox"/> サービス利用票
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書(予防ケアプラン)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 〇〇ディサービスにおける機能訓練の内容・機能訓練を実施する職員の資格		

利用中のサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (1 回/週)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週)
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週)	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショート)
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 (1 回/週)	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (車椅子)
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

連絡内容	<input type="checkbox"/> 担当者からのご挨拶(新規・交代)	<input type="checkbox"/> 利用者の状態等報告・相談
	<input checked="" type="checkbox"/> (予防)ケアプランに関する報告・相談	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に関する相談・報告
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用に関する報告・相談	
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入した利用者の(予防)ケアプラン報告	
	<input type="checkbox"/> 利用者の口腔に関する問題や服薬状況などの報告	
	<input type="checkbox"/> 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者に関する相談・報告	
	<input type="checkbox"/>	

<利用者の照会・相談内容等>

認定の更新を来月末に控え、ご本人と長女様から通所介護を利用したいとの希望が出ています。平日は殆ど自宅から出ることなく毎日を過ごされていることから、以前より通所系サービスの利用をお勧めしてきたという経緯もございます。つきましては、通所介護で機能訓練と入浴サービスを受ける上での注意事項等、ご指示いただきたいと存じます。尚、機能訓練の内容等につきましては、別添資料をご覧ください。

《 主治医回答欄 》

回答	<input type="checkbox"/> 了承	<input type="checkbox"/> 意見・指示あり	<input type="checkbox"/> 説明希望
<意見・指示等>			
年 月 日 主治医名: 印			