

主治医・介護支援専門員（ケアマネジャー）

連携シート（ 年 月 日発行）

先生

様の担当介護支援専門員（ケアマネジャー）となりました

の と申します

私の連絡先は 電話 FAX です

メールアドレス @

ご指導のほどよろしくお願いたします

●-----●

お手数をおかけしますが、今後、先生との連携方法についてご回答のほどよろしくお願いたします。

（該当する口にチェックと空欄へご記入の上、上記のFAX番号へ送信をお願いいたします）

先生へ連絡する方法（複数回答可） *尚、緊急時は電話にて連絡させていただきます

 電話 または 面談連絡可能な時間・・・診療時間中いつでも可 曜日 : ~ : であれば可

曜日 : ~ : であれば可

 FAX または 郵送 E-mail メールアドレス @

サービス担当者会議への参加について

 本人（患者）の診察時間で会議を行いたい（事前に連絡必要） 自宅での会議への参加を希望参加可能な時間・・・往診時（事前に確認必要） 曜日 : ~ : であれば可

曜日 : ~ : であれば可

 参加困難なため、情報提供書などの書類でコメント 参加困難、主治医意見書の内容で対応してください

居宅サービス計画書の提出について

 居宅サービス計画提出希望（主治医意見書で記載しなかった場合のみ記載） 特に必要なし

その他介護支援専門員へ伝えたい事

本人・家族の意向および同意

ご本人およびご家族の同意および希望について

○主治医から介護支援専門員への診療情報提供を渡す時に発生する医療費について

_____は、私の担当介護支援専門員(ケアマネジャー)が必要とする、診療情報提供書発行にかかる医療費の支払いについて、同意いたします。

利用者 _____ 印 代筆者(続柄) _____ 印

※尚、主治医と介護支援専門員の間で行われる個人情報の取り扱いに関しては、居宅介護支援事業所との契約において、すでに個人情報保護に関する同意を得ています。

○在宅介護中、介護サービス利用時に急変した場合の救急搬送先について

ご家族の希望は _____ 病院です
 主治医へ指示を求める(事前に確認もしくは急変時に連絡)

○現時点での在宅での終末期医療について

ご本人およびご家族のご意向は

出来る限り在宅で生活したい・させたい

在宅での看取りが必要な時は協力します

在宅で生活させたい、

しかし、本人が痛みや呼吸などで苦しむ時は病院へ入院させてほしい

少しでも病状が悪化した時には病院へ入院させてほしい

早めの対応を希望します

その他 _____

同意・意向確認をおこなった日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

立ち会った 介護支援専門員 事業所名 _____

氏名 _____

診療情報提供書（ 年 月 日発行）

情報提供先事業所 _____

担当介護支援専門員 _____ 様

紹介元医療機関の所在地及び名称（電話・FAX番号含む）

医師氏名 _____ 印

患者氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 _____ 年 月 日生（ ）歳

患者住所 _____ 電話番号 _____ - _____

職業 _____

情報提供の目的 _____ 居宅サービス計画作成時に必要と考える診療情報提供および主治医意見の提供

傷病名（生活機能低下の原因になっているもの）

1. _____ 発症年月日 _____ 年 月 日

2. _____ 発症年月日 _____ 年 月 日

その他の傷病名 _____

傷病の経過及び治療状況 _____

障害高齢者の生活自立度（ ） 認知症高齢者の日常生活自立度（ ）

診療形態 外来・訪問診療・入院

⇒入院患者の場合 入院日 _____ 年 月 日 退院日 _____ 年 月 日

必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等（質問に対する回答含む）

連絡シート（ 年 月 日発行）

_____先生

_____様の介護保険に関する連絡です。■（黒四角）が連絡事項です。

以下の理由が発生しましたので、居宅サービス計画を作成いたしましたご確認をお願いいたします

*■が作成理由です

- 1. 要介護（支援）認定が決定した 新規 更新 区分変更
- 2. 本人の状態に変化が生じている 変更 追加 新規利用

更新の時期が来ました。ご家族が先生を主治医欄へ記入しております。主治医意見書のご記入をよろしくをお願いいたします（意見書の用紙は後日市役所より届けられます）

サービス担当者会議を開催します

サービス担当者会議は_____月 日 _____:_____より
_____にて開催いたします
よろしくをお願いいたします。

お忙しい中とは存じますが、是非、会議へご参加いただきサービス計画原案の内容につきましてご意見をいただきたくお願いいたします。

尚、当日の参加が困難な場合につきましては、お手数ですが、下記空欄または連携用紙Ⅲへご記入の上ご返信をお願いいたします。

.....
.....
.....主治医サイン.....

その他の連絡

.....
.....
.....

返信用FAX番号 _____

担当介護支援専門員 _____