

【ケアマネジャー発信用】

医療と介護の連携連絡票 <<医・薬科用>>

医療機関名
住所
TEL _____ FAX _____
氏名 _____ 先生

介護事業所名
住所
TEL _____ FAX _____
介護支援専門員氏名



日頃より大変お世話になっております。下記の利用者（患者）様につきまして、ケアマネジャーを担当しております。ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、下記の件についてご教示頂きたい、ご都合の良い連絡方法を含めて _____ 月 _____ 日までにFAXでご返信くださいますようお願い申し上げます。

***本人（家族）の同意について**

この連携連絡票を使用しての先生への連絡および先生から情報提供頂く事について

ご本人（ご家族）の同意を得たうえでご連絡致します。 同意した日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人（ご家族）の心身状況等から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡致します。

(利用者)	氏名	_____	男・女	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(歳)	
	住所	_____			TEL	_____ - _____
	介護度	申請中	総合事業対象者	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)	

連絡内容

担当のケアマネジャーとなった挨拶（必要時）

介護保険要介護・要支援認定申請の報告（必要時） ⇒ 新規 更新 区分変更

状態変化時等の介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見・留意点等

状況報告 ⇒ 入院 退院 入所 退所 転居 死亡 ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記についての報告・連絡・相談など

<<報告・相談内容等>>

①連絡のみ（下記連絡方法の①をチェック、署名不要で返信）

② _____ 月 _____ 日の受診に（ケアマネジャー・家族）が同行しますので、その際にご回答の程よろしくお願い致します。
（連絡方法の①をチェック、署名不要で返信）

③上記の件についてご回答の程よろしくお願い致します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 介護支援専門員氏名（自署）

【 返 信 】 ※この医療と介護の連携連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

回答内容及び連絡方法（返信）	<input type="checkbox"/> ①確認・了承しました。
	<input type="checkbox"/> ②意見・助言・要望等あり ⇒ <input type="checkbox"/> 直接会って回答します（面談日時：⇒ <input type="checkbox"/> 次回受診時 or <input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 _____ 時頃） ⇒ <input type="checkbox"/> 電話で回答します（連絡日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 電話してください） ⇒ <input type="checkbox"/> 文書で回答します（下記のとおりです）
	<input type="checkbox"/> ③この様式では返答できません。診療情報提供料が発生する為、ご本人・ご家族に確認後再度ご相談下さい。

<<回答内容>>

上記の通り連絡いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師・歯科医師・薬剤師・看護師等氏名（自署）

上記内容について医師・歯科医師・薬剤師等より確認しましたので、代理記載し連絡します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 部署・職名 _____ 代筆者氏名（自署）

【ケアマネジャー発信用】 医療と介護の連携連絡票 << 歯科用 >>

医療機関名 住所 TEL _____ FAX _____ 氏名 _____ 先生	介護事業所名 住所 TEL _____ FAX _____ 介護支援専門員氏名 _____
---	--

日頃より大変お世話になっております。下記の利用者（患者）様につきまして、ケアマネジャーを担当しております。ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、下記の件についてご教示頂きたく、ご都合の良い連絡方法を含めて _____ 月 _____ 日までにFAXでご返信くださいますようお願い申し上げます。

***本人（家族）の同意について**
 この連携連絡票を使用するの先生への連絡および先生から情報提供頂く事について
 ご本人（ご家族）の同意を得たうえでご連絡致します。 同意した日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ご本人（ご家族）の心身状況等から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡致します。

(利用者)	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(歳)	
	住所				TEL	— —
	介護度	申請中 総合事業対象者 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）				

連絡内容

担当のケアマネジャーとなった挨拶（必要時）
 介護保険要介護・要支援認定申請の報告（必要時） ⇒ 新規 更新 区分変更
 状態変化時等の介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見・留意点等
 状況報告 ⇒ 入院 退院 入所 退所 転居 死亡 ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日
 下記についての報告・連絡・相談など

<< 報告・相談内容等 >>

歯の具合が悪く、（状態又は症状： _____ ）に困っています。
 歯肉（歯ぐき）、口腔粘膜に（発赤・出血・腫れ）があります。
 義歯（総入れ歯・部分入れ歯）について、（ _____ ）の不具合が生じています。
 （口の渇き・口臭・味覚・舌）に問題があるようです。
 嚥下について（むせ・飲み込みにくい・食事量の減少・発熱）の問題があります。
 （歯磨き・口腔ケア）の方法が分からず困っています。
 デイサービス等で口腔に関わる（ _____ ）の問題を指摘されています。
 歩行困難等で貴院の受診が困難になっています。
 かかりつけ歯科医がおらず、受診や治療で困っています。
 その他（ _____ ）

①連絡のみ（下記連絡方法の①をチェック、署名不要で返信）
 ② _____ 月 _____ 日の受診に（ ケアマネジャー・ 家族）が同行しますので、その際にご回答の程よろしくお願い致します。（連絡方法の ①をチェック、署名不要で返信）
 ③上記の件についてご回答の程よろしくお願い致します。
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 介護支援専門員氏名（自署）

【 返信 】 ※この医療と介護の連携連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

回答内容及び連絡方法（返信）	<input type="checkbox"/> ①確認・了承しました。 <input type="checkbox"/> ②意見・助言・要望等あり ⇒ <input type="checkbox"/> 直接会って回答します（面談日時：⇒ <input type="checkbox"/> 次回受診時 or <input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日 時頃） ⇒ <input type="checkbox"/> 電話で回答します（連絡日時 _____ 月 _____ 日 時頃 電話してください） ⇒ <input type="checkbox"/> 文書で回答します（下記のとおりです） <input type="checkbox"/> ③この様式では返答できません。診療情報提供料が発生する為、ご本人・ご家族に確認後再度ご相談下さい。
-----------------------	--

<< 回答内容 >>

下記のように対応して下さい。
 （至急・できるだけ早く）受診する手配をお願いします。
 自院は、（往診可・往診不可）です。
 その他、具体的指示など

上記の通り連絡いたします。
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師・歯科医師・薬剤師・看護師等氏名（自署）
 上記内容について医師・歯科医師・薬剤師等より確認しましたので、代理記載し連絡します。
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 部署・職名 _____ 代筆者氏名（自署）

