

(様式 1)

介護(予防)連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票

のりしろ

〇〇年 〇〇月 〇〇日

宛先	医療機関名 〇〇病院	発信元	介護事業所名
	住所 堺市〇〇区		住所 (名刺を貼ることができます)
	医師 山田 一郎 先生(宛)		TEL FAX 氏名

(発信)

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 〇〇年 〇〇月 〇〇日
- ご本人の心身状況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いたします。

利用者	氏名	サカイ 太郎 様	介護度	申請中・要支援1 2
	住所	堺市〇〇区	TEL	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
	生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	日生 (〇〇歳)	男・女

照会目的	<input checked="" type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談
	<input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶

<相談内容等>

いつもお世話になっております。堺 太郎 様の担当ケアマネジャーをさせていただきます。

介護認定更新で要支援 2 認定を受けられました。

現在、週1回のデイケアサービスを利用されていますが同居の娘様より、自宅ではほとんどベッド上で過ごすことが多く下肢筋力低下予防のためデイケアサービスの回数を週2回に増やしリハビリの強化を希望されています。

他、介護サービス利用の特殊寝台と寝台付属品は今後も継続して利用希望されています。

介護保険サービスの利用や在宅生活を継続する上での留意点・ご指示などありましたら、先生の御意見を頂戴したいと思います。

担当介護支援専門員名 大阪 花子

医師からの回答(返信)

*この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。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃に来院ください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 〇〇月 〇〇日 〇〇時頃に電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します <input type="checkbox"/> メールで回答します

サービス担当者会議に 出席します (診療所 利用者宅 施設 その他) 出席しません

特殊寝台と寝台付属品は必要です。

介護サービスでは下肢筋力低下予防のためデイケアの利用回数を増やすことが望ましい。

※原因となる疾病名及び具体的状態像について記入が求められています。

例: 骨転移があり、疼痛コントロールなどのため持続点滴を行う。最期まで自分のことはできるだけ行ないたいとの強い希望がある。現在、ほとんど自立した生活が可能。薬剤投与の影響もあり、布団からの起き上がりが困難などときがある。

〇〇年 〇〇月 〇〇日 氏名 〇〇病院 山田 一郎