

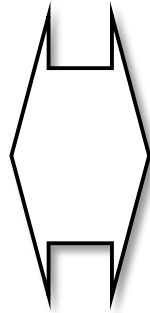


医療・介護連携シート

<ケアマネジャー ➡ 村井クリニック>

平成 年 月 日

依頼元
事業所名
担当者名
電話番号
FAX番号
E-mail



依頼先	
医療機関名	村井クリニック
主治医名	先生
電話番号	028-643-0332
FAX番号	028-621-1514
E-mail	murai_z@yahoo.co.jp

日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記の内容につきましてご回答をお願い申し上げます

氏名	性別	生年月日	年	月	日	歳
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
住所	電話					
◎連絡内容						
<input type="checkbox"/> ケアプランの作成あたり、病状等の指示・確認						
<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						
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)における医学的意見						
<input type="checkbox"/> 利用者の状況についての相談						
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催についての連絡						
<input type="checkbox"/> その他						
◎症状・治療経過・現在の処方						
◎介護保険の利用						
<input type="checkbox"/> あり(要介護度:) <input type="checkbox"/> なし						
利用サービスの種類						
() () ()						
() () ()						

主治医回答欄

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 会って話をします (月 日 時 分頃に来院してください。)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時 分頃に電話をください。)
	<input type="checkbox"/> 文書(FAXまたはメールで回答します。)
主治医からの回答・助言	
平成 年 月 日 氏名	