

医療と介護の連携連絡票

機関名 及び所在地 電話 氏名	⇔	居宅介護支援事業所名 及び所在地 電話 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。お忙しいところ誠に恐縮ですが、FAXでご返信賜れば幸いです。

* 本人の同意について	
<input type="checkbox"/> ご本人の同意を得ています。	同意した日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 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。	
医師による往診 (なし ・ あり)	

氏名		介護度	申請中	区変中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
住所		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	T E L	(歳)		男 ・ 女	
連絡内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶		<input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告		<input type="checkbox"/> ケアプラン作成	
	<input type="checkbox"/> 治療方針		<input type="checkbox"/> 服薬状況		<input type="checkbox"/> 留意事項	
		<input type="checkbox"/> サービス内容		<input type="checkbox"/> 認定更新		
		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導		<input type="checkbox"/> その他:		
令和 年 月 日				氏名		

返信

上記の回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (月 日 時頃 ご連絡ください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時頃 お電話ください ・ お電話します)
	<input type="checkbox"/> 文書 ・ FAX 回答します
上記の通り連絡いたします。	
令和 年 月 日 氏名	