

## 医療と介護の連携連絡票

機関名 及び所在地  電話                      FAX  氏名	⇔	居宅介護支援事業所名 及び所在地  電話                      FAX  介護支援専門員氏名
---	---	---

日頃より大変お世話になっています。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	TEL				
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"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 認定更新 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <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	