

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 |
| FAX | | FAX |

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

ご本人の同意を得ています。 同意した日 令和 年 月 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。

医師による往診 (なし ・ あり)

| | | | | | | | |
|------|--------------|--|-------|---------------|-----|---------|---------------|
| 本人 | 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 | | | |
| | TEL | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | | (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"/> 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： | | | | | |

| 薬剤アセスメント | 回答 | 確認ポイント・理由 | 薬剤アセスメント | 回答 | 確認ポイント・理由 |
|---------------------------|--------|-----------|--|--------|-----------|
| ①薬の飲み忘れ・飲み間違いがある。 | はい・いいえ | | ⑦下痢、軟便、便秘等がある。 | はい・いいえ | |
| ②薬の量・回数を自分で調節している。 | はい・いいえ | | ⑧頻尿、尿失禁、排尿困難等がある。 | はい・いいえ | |
| ③薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある。 | はい・いいえ | | ⑨睡眠障害がある。 | はい・いいえ | |
| ④味覚障害がある。 | はい・いいえ | | ⑩つまづく。転倒することがある。手先が少し震える。 | はい・いいえ | |
| ⑤嚥下障害がある。 | はい・いいえ | | ⑪・力が入らない、脱力感がある、だるくて眠い等の症状がある。 ・めまいや不穏な症状が出てきている。 | はい・いいえ | |
| ⑥口が渇く、のどが渇く、入れ歯が入れにくい。 | はい・いいえ | | | | |

| | |
|---|------------------|
| 現在服薬中の医療薬・サプリメント・市販薬品・外用薬 (薬剤情報書を添付する場合は記載不要) | |
| 現在かかっている病院、診療科名 | 病院名 () 診療科名 () |
| | 病院名 () 診療科名 () |
| | 病院名 () 診療科名 () |

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