

# 医療・介護連携シート

発信日：令和 年 月 日

返信日：令和 年 月 日

ケアマネジャー⇒医師

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

下記のご利用者様の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体的状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます先生のご都合をお伺いしたく、FAXにて連絡をさせていただきました。

ご利用者

様

- 1 担当になった事のお知らせです。  
今後の連絡方法についてご希望をお知らせください。
- 2 ご相談したいことがあります。
- ケアプラン作成時の意見について  その他 ( )
- 利用者の医療・介護病状の意見・指示について
- サービス担当者会議における意見または開催について
- 福祉用具貸与(購入)における意見について
- 医療系サービス導入における意見・相談について
- 3 連絡および報告

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

担当者携帯番号 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

※なお、この紹介を行うにこと及び先生からの情報提供を頂くことについては

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。同意した日： 令和 年 月 日
- ご本人・ご家族の同意を得ておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師⇒ケアマネジャー (複数回答可)

【連絡方法】  TEL  FAX  面談  E-mail  郵送

【曜日・時間帯】  診療時間中いつでも可  メールアドレス

希望曜日と時間帯

月  火  水  木  金  土の( : ~ : )時頃

【連絡事項】ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします。