

鴻巣市在宅医療・介護連携用シート

____年 ____月 ____日

医療機関名	_____
所在地	_____
担当	_____ 職種()
電話番号	_____
FAX番号	_____



事業所名	_____
所在地	_____
担当者	_____ 職種()
電話番号	_____
FAX番号	_____

個人情報の了承: 了承済み(レ点でチェック)

《介護保険事業所記入欄》(送信)

連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など		
	<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・相談など		
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談		
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャーになった挨拶		
氏名	_____ 男・女	住所	〒 _____
生年月日	_____	診察券番号	_____
電話番号	_____	要介護度	自立/事業対象者/要支援・要介護()
相談内容(担当: _____) (本人身長: _____ cm、 年 月測定) (本人体重: _____ kg、 月測定)			

《医療機関記入欄》(返信)

在宅支援反映のため、以下について貴院受診であてはまるものにチェックを入れてください。

①皮膚疾患(あり / なし) ②口腔嚥下機能(支障あり / 支障なし) ③栄養状態(良好 / 不良)
 ④義歯の不具合(あり / なし) ⑤口腔内の不具合(あり / なし) ⑥ アレルギー(_____)
 ⑦最終医療機関受診日(____年 ____月 ____日) ⑧最終歯科受診日(____年 ____月 ____日)
 ⑨ 感染症(_____) ⑩ 禁忌(_____) ⑪ 特記事項(_____)

連絡方法等 直接会って話をします。(時間帯 ____月 ____日 ____頃おいでください。)
 FAXでやり取りします。(連絡可能な時間帯 : ____ : ____ ~ ____ : ____)
 その他(メール・電話等) (_____)

《回答・助言》 (____年 ____月 ____日)

※本紙は医療・介護連携促進を目的とした一手段です。必ずしも使用を義務付けるものではありません。