

様式1

医療と介護の連携連絡票（介護支援専門員⇔医療機関）

平成 年 月 日

医療機関名 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

ご本人の同意を得ています。 同意した日 平成 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。

本人	氏名		性別	男 ・ 女
	住所		T E L	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		

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"/> 治療方針
	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 認定更新(現在の介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
	<input type="checkbox"/> その他:

<本人の照会・相談内容等>

返信

上記の回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝え致します (月 日 時頃 お越しく下さい)
	<input type="checkbox"/> お電話でお伝え致します (月 日 時頃 お電話ください)
	<input type="checkbox"/> 文書 ・ FAXにて回答致します

上記の通り連絡いたします。

平成 年 月 日 氏名

※この医療と介護の連携連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

岸和田市在宅医療介護連携推進協議会
岸和田・貝塚地域リハケア会議