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）

令和　　年　　月　　日

医療機関名 及び 所 在 地		⇔	居宅介護支援事業所名 及び 所 在 地
電話	ＦＡＸ		電話　　ＦＡＸ
氏 名			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　　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。

本人	氏　　名		性　　別	男・　女
	住　　所		ＴＥＬ	
	生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）		
連 絡 内 容･理由	□挨拶　□本人の状況の相談・報告　□ケアプラン作成　□サービス内容　□治療方針			
	□服薬状況　□留意事項　□認定更新（現在の介護度　要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5）			
	□その他：			

＜本人の照会・相談内容等＞

返 信

上記の回答内容	□ 直接会ってお伝え致します（　月　日　時頃 お越しください）
	□ お電話でお伝え致します（　月　日　時頃 お電話ください）
	□ 文書・ＦＡＸにて回答致します

上記の通り連絡いたします。

令和　　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