大館市情報共有ツール　様式②

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宛　先 | 〈医療機関名〉  住所　大館市  医師　　　　　　　　　　　　先生（宛） | 発信元 | 〈介護事業所〉  住所　大館市    ＴＥＬ　 　 　-　　　-  ＦＡＸ　 　 　-　　　-  氏　名  　　　　　　　　　　　　　（発信） |

医師と介護支援専門員との連絡票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  　用  　者 | 氏　名 |  | 介護度 | 申請中・要支援１・２  要介護１・２・３・４・５ |
| 住　所 |  | ＴＥＬ |  |
| 生年月目 | 明･大･昭　　　年　　月　　日生　　（　　　歳） | | 男　・　女 |
| 照会目的 | | 新規･更新･区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について | | |
| 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について | | |
| サービス担当者会議における医学的意見について | | |
| 福祉用具貸与（購入）について､医師からの医学的意見について | | |
| 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 | | |
| 利用者の下記状況についての相談 | | |
| 担当ケアマネジャーになった挨拶 | | |
| ＜相談内容等＞  担当介護支援専門員名  医師からの回答(返信)　＊この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。 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法等 | 直接会って話をします（日時：　　月　　日　　　時頃に来院ください） |
| 電話で話をします　　（日時：　　月　　日　　　時頃に電話をください・します） |
| 文書で回答します　　 　ＦＡＸで回答します　　 　メールで回答します |
| サービス担当者会議に　出席します（ 診療所 利用者宅 施設 その他　　　　）出席しません | |
| 平成　　年　　月　　日　　氏名 | |

平成　　　年　　月　　日

※名刺を貼ることもできます

　の　り　し　ろ

　　日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います｡お忙しいところ

誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

　ご本人･ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　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。

大館市共通連携シート