

羽村市医療・介護連携シート(医師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー等連絡票)

医療機関の名称		地域包括支援センター・居宅介護支援業所等の名称	
宛先	先生	所在地	
連携ご担当者	様	担当者名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
E-mail		E-mail	

◆利用者の情報(\*欄は「ケアマネジャー⇒医師・歯科医師・薬剤師等」の場合のみ記入)

ふりがな		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日	
氏名		男・女							
住所									
*要介護度	事業対象者		要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5	申請中・未申請		
*認定の有効期間			年	月	日	～	年	月	日
*他医受診歴の有無	無	有	科・疾患名						
			科・疾患名						

◆ケアマネジャー記載欄

連絡内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 介護保険認定更新・区分変更 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス内容							
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催及び意見等について <input type="checkbox"/> 軽度者への福祉用具貸与における医学的意見							
	<input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 ( <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 病状相談 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> その他             )							
<内容> *返信の希望: <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要ですが、ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい								
本人・家族の意向 (家族氏名 様 続柄 )								
<input type="checkbox"/> 医療と介護の連携シートについてご本人の承諾を得て送付致しました。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護(予防)支援に必要なので送付致しました。 (特記事項:								

◆医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 指示 <input type="checkbox"/> 連絡	返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
→	<input type="checkbox"/> 電話してください⇒月火水木金の午前・午後 時 分頃	
→	<input type="checkbox"/> 下記のとおり回答・指示します	
→	<input type="checkbox"/> 状況確認をしてください <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に出席しませんので、文章にて回答します	
→	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議へ参加します <input type="checkbox"/> 関連事業所への交付に同意します	

<内容>

<内容>	
------	--

**認知症用**

年 月 日

羽村市医療・介護連携シート(医師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー等連絡票)

医療機関の名称		地域包括支援センター・居宅介護支援業所等の名称	
宛先	先生	所在地	
連携ご担当者	様	担当者名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	
E-mail		E-mail	

◆利用者の情報(\* 欄は「ケアマネジャー ⇒ 医師・歯科医師・薬剤師等」の場合のみ記入)

ふりがな	性別	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名	男・女					
住所						
* 要介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・未申請					
* 認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
* 他医受診歴の有無	無 有	科・疾患名				
		科・疾患名				

◆ケアマネジャー記載欄

連絡内容・理由	<input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 ( <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 病状相談 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> その他 )					
<内容>	*返信の希望: <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要ですが、ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい					
	<input type="checkbox"/> 日にちや曜日が分からない <input type="checkbox"/> 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う <input type="checkbox"/> 少し前のできごとを忘れてしまう (例: 食事をしたことを覚えていない) <input type="checkbox"/> 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった <input type="checkbox"/> いつも同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 些細なことで怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> 物の名前や言葉が出てこないことがある <input type="checkbox"/> 慣れた道でも迷うことがある <input type="checkbox"/> 会話をしていても話がかみ合わない <input type="checkbox"/> ガスや火の始末ができなくなった <input type="checkbox"/> 時間の感覚が無くなっている (例: 午前か午後かも分からない) <input type="checkbox"/> ふさぎこんで、何をするのも億劫がり嫌がる <input type="checkbox"/> 家族に依存する様子がある (例: 本人に質問すると家族の方を向く) <input type="checkbox"/> 小刻みに歩行するようになった <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 存在しないものが見えると言う <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 他人に構わず自分勝手な行動をする <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 同じ動作・行動を何度も繰り返す					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
	本人・家族の意向 (家族氏名 様 続柄 )					
	<input type="checkbox"/> 医療と介護の連携シートについてご本人の承諾を得て送付致しました。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護(予防)支援に必要なので送付致しました。 (特記事項: )					

◆医師・歯科医師・薬剤師等記載欄

年 月 日

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 指示 <input type="checkbox"/> 連絡	返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
→	<input type="checkbox"/> 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の 午前・午後 時 分頃	
→	<input type="checkbox"/> 下記のとおり回答・指示します	
→	<input type="checkbox"/> 状況確認をしてください <input type="checkbox"/> 関係事業所への交付に同意します。	
<内容>		