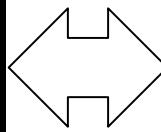


医療と介護の連携シート

個人情報の為、取扱注意

各務原市様式

医療機関名	
先生	
電話番号	—
FAX番号	—



事業所名	
職名	
担当者名	
電話番号	—
FAX番号	—

【利用者基本情報】

ふりがな			性別	年齢	生年月日	住 所								
利用者名														
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	認知症 自立度	障害 自立度

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。
ご確認をお願いいたします。

送信枚数 本状含め 枚

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】		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
本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 受診時同行希望 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信 記載日 年 月 日			
【概要】 について 【項目】 <input type="checkbox"/> サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 心身状態 <input type="checkbox"/> 服薬に関して <input type="checkbox"/> 口腔・嚥下に関して <input type="checkbox"/> 認知機能に関して <input type="checkbox"/> 排泄に関して(便秘・下痢等) <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 栄養状態(体重) <input type="checkbox"/> 食事摂取に関して <input type="checkbox"/> その他				
【連絡事項】				

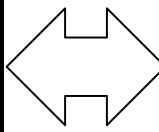
【医師・歯科医師記載欄】		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	記載日 年 月 日
本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ <input type="checkbox"/> 次回受診時に同行してください。				
<input type="checkbox"/> 報告ありがとうございました。確認しました。 <input type="checkbox"/> 電話で話をします。(日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。) <input type="checkbox"/> ご来院願います。(日時 月 日 時頃に来院してください。) <input type="checkbox"/> この方は、居宅療養管理指導対象者の為、居宅療養管理指導書にて回答します。					
<input type="checkbox"/> このFAXで回答します。					
【連絡事項】					
記入者 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					

医療と介護の連携シート

個人情報の為、取扱注意

各務原市様式

医療機関名	伊木の森ファミリークリニック
	おがせ池 太郎 先生
電話番号	058 — 383 — 222◎
FAX番号	058 — 383 — 222◎



事業所名	冬ソナストリート介護相談センター
職名	主任介護支援専門員
担当者名	つつじ 桜
電話番号	058 — 383 — 333▲
FAX番号	058 — 383 — 333△

【利用者基本情報】

ふりがな	かかみがはら まつこ			性別	年齢	生年月日	住 所
利用者名	各務原 松子			女	75	1947/7/2●	岐阜県各務原市蘇原○△町5丁目▼▲番地
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援 1 2	要介護 1 2	3 4 5	電話番号 058 — 383 — 22▲△ 認知症自立度 IIa 障害自立度 A2

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。
ご確認をお願いいたします。

送信枚数 本状含め 1 枚

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】	返信希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
本票送付の目的	<input checked="" type="checkbox"/> 受診時同行希望 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 反信 記載日 令和4年3月25日		

【概要】

内服管理が困難になっている件

について

【項目】 サービス利用状況 心身状態 服薬に関して 口腔・嚥下に関して 認知機能に関して
 排泄に関して(便秘・下痢等) 皮膚状態 栄養状態(体重) 食事摂取に関して その他

【連絡事項】

- 一戸建てにお住まいの独居の方です。本日お昼過ぎにご訪問したところ、人参薬局からの大量の残薬が台所の棚に置いてあるのを発見しました。ご利用者からの了解のもと、明日午前中に先生のところへ受診の際に私が同行し、お薬手帳と共に薬を全て持参しても良いでしょうか?
- ご家族は息子さん(48歳 夫婦と子2人世帯)のみで東京在住です。ほぼ毎日、安否確認のため電話していらっしゃいます。
- サービス利用状況:玄関の上がりかまちに手すり1本レンタル(イチヨウ商店)
通所介護デイサービスららら 週2回(火・木) お弁当の宅配サービス利用中(ホープぎふ)

【医師・歯科医師記載欄】	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	記載日 令和4年3月25日
本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 反信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ	<input checked="" type="checkbox"/> 次回受診時に同行してください。	

報告ありがとうございました。確認しました。

電話で話をします。(日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。)

ご来院願います。(日時 3月26日 11時頃に来院してください。)

この方は、居宅療養管理指導対象者の為、居宅療養管理指導書にて回答します。

このFAXで回答します。

【連絡事項】

了解しました。お気をつけてご来院ください。

記入者 おがせ池

返信希望の有無 **返信願います** **返信不要です**