※全項目を記入する必要はありません

【 佐 倉 市 】

医療・介護連携共通連絡票

発信	年　月　日 □医療機関 □歯科医院 □薬局 □訪問看護事業所 □地域包括支援センター □ケアマネジャー □(　　) 名　称 所在地 担当者 電話番号 ＦＡＸ

⟷

宛先	□医療機関 □歯科医院 □薬局 □訪問看護事業所 □地域包括支援センター □ケアマネジャー □(　　) 名称 担当者

※医療・介護等の関係者に情報提供することについて、本人又は家族等の同意を得ている、または本人の生命、身体又は財産の保護のために必要があると判断し、情報提供いたします。

ふりがな				住まいの地区（字名）	
対象者	□男 □女	生年月日	年 月 日 (　歳)		
世帯	□独居 □家族と同居(続柄:　) □その他(　)				
家族関係	□良好 □不良 □不明				
介護保険	□不明 □認定なし □申請中 □事業対象者 □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5				
サービス利用	□なし □あり(　) □不明				
サポート者	□いない □いる 家族(続柄:　) □その他(　)				
リスク要因	□身体機能の低下 □認知機能の低下 □受診中断・定期受診不可 □服薬管理不良 □高齢者虐待(疑い含む) □介護者負担 □生活困窮 □その他(　)				

連絡理由	緊急度 □ ※高い場合✓ □挨拶 □状況の相談・報告 □(在宅)支援の依頼 □介護申請・介護認定更新等 □サービス導入・内容の相談 □ケアプラン □サービス担当者会議 □治療方針・支援方針 □服薬状況・管理 □居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 □その他(　)
【伝達事項】 依頼・相談内容 簡潔に！	【主病名または症状:　】
返信希望	□返信は不要です □返信をお願いします ※返信は下記の【受理機関回答欄】にご記入ください

【受理機関回答欄】 下記のとおり回答いたします。回答日:　年　月　日 □←回答済は✔

回答方法 該当に☑	□下記「回答内容・連絡事項」に記載のとおりです □直接会って伝えます ➡ 面会日時の調整のため、(午前・午後)＿＿時頃 お電話ください □電話で伝えます ➡ (月・火・水・木・金・土)の(午前・午後)＿＿時頃(お電話ください・お電話します) □別途文書で回答します ➡ (持参 ・ FAX ・ メール ・ 郵送)
回答内容・連絡事項	□対象者または家族に、(電話・面接・訪問)します ➡ □結果は、別途ご連絡します □関係機関、事業所に情報照会します(照会先:　)
回答者	機関名・氏名:　　電話番号:

※この連絡票では、診療情報提供料の算定はできません。