

※全項目を記入する必要はありません

【佐倉市】

記入例①

医療・介護連携共通連絡票

令和3年4月1日	
<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 歯科医院 <input type="checkbox"/> 薬局
<input type="checkbox"/> 訪問看護事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
<input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> ()
発信	宛先
名称 佐倉介護プランサービス	名称 佐倉〇〇クリニック
所在地 佐倉市〇〇町〇〇-〇〇	担当者 院長 〇〇先生
担当者 ケアマネージャー-臼井志津子	
電話番号 043-〇〇-〇〇	
FAX 043-〇〇-〇〇	

※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であると判断し、情報提供いたします。

ふりがな さくら	対象者 佐〇 太〇	生年月日 昭和〇年 4月〇日 (80歳)	住まいの地区 王子台
世帯 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居(続柄:)	家族関係 <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明	介護保険 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
サービス利用 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明	サポート者 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 家族(続柄 娘) <input type="checkbox"/> その他()	リスク要因 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 受診中断・定期受診不可 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理不良 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待(疑い含む) <input type="checkbox"/> 介護者負担 <input type="checkbox"/> 生活困窮 <input type="checkbox"/> その他()	

初めて連絡票を使うときは、なるべく手渡しで。FAX等で送るときは伏字にして、電話で着信の確認をしてください。

連絡理由	緊急度 <input type="checkbox"/> ※高い場合 <input checked="" type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 状況の相談・報告 <input type="checkbox"/> (在宅)支援の依頼 <input type="checkbox"/> 介護申請・介護認定更新等 <input type="checkbox"/> サービス導入・内容の相談 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 治療方針・支援方針 <input type="checkbox"/> 服薬状況・管理 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

【伝達事項】	【主病名または症状: 】
依頼・相談内容	4月より佐倉太郎さんを担当することになりました、ケアマネジャーの臼井です。よろしくをお願いします。
簡潔に!	

情報提供のみなら「返信不要」に返信希望なら「返信を希望します」に☑を入れてください。

返信希望	<input checked="" type="checkbox"/> 返信は不要です <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 下記「回答内容・連絡事項」に記載のとおりです <input type="checkbox"/> 直接会って伝えます → 面会日時調整のため、(午前・午後) 時頃 お電話ください <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 対象者または家族に、(電話・面接・訪問)します → <input type="checkbox"/> 結果は、別途ご連絡します <input type="checkbox"/> 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:

※この連絡票では、診療情報提供料の算定はできません。