

※全項目を記入する必要はありません

【佐倉市】

記入例②

医療・介護連携共通連絡票

令和〇年 4月 5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"/> ()		<input checked="" 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 type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> ()	
発信 名称 佐倉介護プランサービス 所在地 佐倉市〇〇町〇〇-〇〇 担当者 ケアマネージャー 日井志津子 電話番号 043-〇〇-〇〇 F A X 043-〇〇-〇〇	⇔		宛先 名称 佐倉〇〇クリニック 担当者 院長 〇〇先生

※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	さくら	対象者	佐〇 太〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和〇年 4月〇日 (80 歳)	住まいの 地区 (字名)	王子台
世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()							
家族関係	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input checked="" 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"/> 事業対象者 <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 checked="" 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 checked="" 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()							

連絡理由	緊急度 <input type="checkbox"/> ※高い場合 <input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" 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: 】 先日はご連絡をいただきありがとうございました。 デイサービスとホームヘルパーによる支援中は、服薬管理ができていますが 在宅時は娘さんの声掛けがないとなかなか難しく、ここ2~3日は飲み忘れもあるようです。 かかりつけ薬局の薬剤師による訪問を娘さんが希望されていますが…略 いかがでしょうか？
返信希望	<input type="checkbox"/> 返信は不要です <input checked="" 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: 令和3年4月7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 checked="" 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:) 次回の受診は来週の予定です・・・略・・・します。 詳細は受診の際に院長よりお伝えします。
回答者	機関名・氏名: 佐倉〇〇クリニック 看護師〇〇 電話番号: 043-〇〇-〇〇

※この連絡票では、診療情報提供料の算定はできません。