

※把握している情報及び
該当する項目のみ、ご記入ください。

医療・介護連携共通連絡票

【佐倉市】

送信日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

発信	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 歯科医院	<input type="checkbox"/> 薬局	宛先	<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"/> 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 type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> ()	
	名称	佐倉介護プランサービス			名称	佐倉○○クリニック	
	所在地	佐倉市○○町○○-○○			担当者	院長 ○○先生	
	担当者	ケアマネジャー 臼井志津子					
	電話番号	043-○○-○○					
	FAX	043-○○-○○					

〔記入例〕
ケアマネ → 医療機関

※医療・介護等の関係者に情報提供する身体又は財産の保護のために必要がある場合は、本人又は代理人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。

ふりがな	さくら		住所	佐倉市○○○丁目	
氏名	佐○ 太○	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話	043-○○-○○	
生年月日	昭和○○ 年 4 月 ○ 日 80 歳				
連絡理由	緊急度	<input type="checkbox"/> ※高い場合✓	<input type="checkbox"/> 挨拶	<input checked="" 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"/> 介護報酬・請求書の作成	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 治療方針・支援方針	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況・管理	<input type="checkbox"/> その他()		
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		
介護保険	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 認定なし	<input type="checkbox"/> 申請中(申請日: 年 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	
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()		
世帯	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明				
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()				
【伝達事項】 依頼・相談内容	<p>【主病名: 】</p> <p>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かけがないと難しく、ここ2~3日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。</p>				

初めて連絡票を使うときは、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

発信者が返信を希望している場合、回答欄に記入します

伝えたい内容は、簡潔に

発信者から受けた内容への回答は、簡潔に

【受理機関回答欄】内容を確認しました。下記の通り回答いたします。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 checked="" type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします → 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"/> お電話でお伝えします → (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対し、(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○○クリニック 看護師 ○○ 電話番号: 043-○○-○○

※この連絡票では、診療情報提供料の算定はできません。