

生活状況問診票（記入日：

年 月 日)

氏名 様

代筆者 様（続柄： ）

※記入していただいた内容について、
地域包括支援センター、担当のケアマネジャー等と
情報共有する場合があります。
同意いただける場合には、ご記入ください。

◆介護サービスについてお聞きます。

介護認定を受けていますか	☐ いいえ	☐ はい ⇒	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
担当ケアマネジャーは、いますか	☐ いない	☐ いる	☐ わからない
※ケアマネジャーが「いる」場合、事業所と担当者のお名前をご記入ください。 （事業所名： _____ 氏名： _____ さん）			
デイサービスや訪問介護などのサービスは利用していますか	☐ 利用していない	☐ 利用中	☐ わからない

◆現在の生活・健康状態についてお聞きます。

世帯構成は	☐ ひとり暮らし ☐ 家族等と同居 ☐ その他
ご家族は、困ったときに日常生活の手助けをしてくれますか	☐ はい ☐ いいえ
※ご家族が「いる」場合、その方の健康状態は ☐ よい ☐ あまりよくない	
薬の服用での困りごとは	☐ なし ☐ 飲み忘れ ☐ 飲みにくい ☐ その他
食事は、きちんと食べられていますか	☐ 何でもよく噛んで食べている ☐ 噛みづらい ☐ 飲み込みづらい ☐ 食事を抜くことが多い（朝食・昼食・夕食）
歩行（移動）での困りごとは	☐ なし ☐ つまづきやすい ☐ 転びやすい ☐ 痛みがある（ひざ・腰・その他 ）
外出の頻度はどのくらいですか	☐ 週に1回以上 ☐ 月に1～2回 ☐ 年に数回 ☐ ほとんど外出しない
耳の聞こえは、いかがですか	☐ よく聞こえる ☐ 聞こえにくい
物忘れは気になりますか	☐ 気にならない ☐ 少し気になる ☐ とても気になる
からだの元気度はいかがですか	☐ まだまだ元気 ☐ まあ元気 ☐ 疲れやすい ☐ 介助が必要

◆現在、お困りのことやスタッフに伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。

--

※スタッフ記入欄

連携： ☐無・☐有 …連携先（☐包括 ☐ケマシジャー ☐その他）

…方 法 (☐電話 ☐共通連絡票 ☐その他)

※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	☐ 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であると判断し、情報提供いたします。

ふりがな				住所				
氏名					☐ 男 ☐ 女			
生年月日	年	月	日	歳	電話			
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()							
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							
介護保険	☐ 不明 ☐ 認定なし ☐ 申請中(申請日: 年 月 日)							
	☐ 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 (有効期間: 年 月 ~ 年 月)							
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()							
世帯	☐ 独居 ☐ 家族と同居(続柄:) ☐ その他()							
家族関係	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 不明							
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()							
【伝達事項】 依頼・相談内容	【主病名: 】							

【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 ☐ 回答済チェック

回答方法	☐ 下記「回答内容・連絡事項」に記載のとおりです
	☐ 直接会ってお伝えします ➡ 面会日時の調整のため、(午前・午後) 時頃 お電話ください
	☐ 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)
	☐ 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対し、(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。