

医療サービス連携シート

様

この連携シートは、医療サービスを位置付ける場合等において、主治の医師等に当該サービスの必要性の確認を行うためのものです。

なお、情報提供については、本人から同意を得ています。

同意日 (年 月 日)

担当者
 事業所名 :
 住所 :
 電話番号 :
 F A X :
 氏 名 :

介護支援専門員 → 主治医	
《本人情報》	
利用者氏名 :	性別 : <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 : <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 (歳)	
住 所 :	
要介護状態区分 :	
障害自立度 () 認知症自立度 ()	
《ご相談内容》	<input type="checkbox"/> 医療系サービスについて ※希望するサービス()
	<input type="checkbox"/> 第2項軽度者に対する福祉用具貸与確認
《現在利用している介護保険サービス》 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (回 / 週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回 / 週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回 / 週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回 / 週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回 / 週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回 / 週) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (回 / 週) <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> その他 ()	



上記内容について、ご意見をお願いいたします。このまま下記の番号までFAXにてご返送ください。

返信先FAX ()

主治医 → 介護支援専門員	
《返信事項》 <input type="checkbox"/> サービスの必要性あり <input type="checkbox"/> サービスの必要性なし (サービス利用の注意点)	
記入日 : 令和 年 月 日	
※今後の連絡や相談等の方法、ご都合のよい時間帯についてお伺いします。	
方法 : <input type="checkbox"/> 電話連絡 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 訪問 時間帯 : 時 ~ 時頃まで	
医療機関名	主治医氏名