|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発信日　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 |  | 発信日　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 医療機関名 |  | 居宅介護支援事業所名 |
| 主治医名 |  | 介護支援専門員名 |
| 電話　　　　　ー　　　　　　　ー |  | 電話　　　　　　　　ー　　　　　　　ー |
| FAX　　　　　ー　　　　　　　ー |  | FAX　　　　　　　　ー　　　　　　　ー |
| e-mail |  | e-mail |
| FAX送信枚数(本状を含む）　　　　　　　枚 |  | FAX送信枚数(本状を含む）　　　　　　　枚 |

主治医連携シート（情報交換用）

|  |
| --- |
| 介護支援専門員からの通信欄 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 | 様 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　　　　歳 |
| 要介護認定 | 認定済み・未申請・申請中・区分変更中(　　/　　申請)　事業対象者　要支援 １･２　要介護 1・２・３・４・５ |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡の目的 | |
| ①介護認定申請のご連絡  ⇒意見書作成についてお願いいたします。  ②ケアプラン作成するにあたってのご相談  ⇒下記主治医からの指示、連絡事項のご記入いただくか、電話などでご回答ください。  ご相談がありますので、連絡方法、連絡日時をご指示ください。  下記（介護支援専門員から報告・連絡・相談事項）についてご相談いたします。 | ③作成したケアプランの情報提供  ⇒添付した計画の通りですのでご確認ください。  ④その他  ⇒下記（介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項）のとおりです。 |
| 主治医からの指示・連絡事項 | 介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項 |
| 年　　　月　　　日　主治医 | ケアプランの作成(変更時)の病状の確認  利用者(患者)の状況についての相談  医療系サービスを導入するための主治医の意見・助言  サービス担当者会議の連絡・結果報告  その他 |

本様式は下記機関の協力により作成したもので、連携をより効果的、かつ、効率的に行うために作成されたものです。そのため、本様式にご賛同いただけない場合は使用を強要するものではありません。