|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（初回用）

|  |
| --- |
| 介護支援専門員からの通信欄 |
| 　貴職におかれましては、ご清祥のこととお慶び申し上げます。さて、下記の利用者（患者）様につきまして、介護支援専門員(ケアマネジャー)として担当する事になりました。先ずは、就任のご挨拶のため、本連絡票を送信いたしました。担当するあたり、下記1、2の情報について情報提供いたします。なお、下記４・５・６について、お返事をお願い申し上げます。 |

**１．対象者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

**２．ケアプラン情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護 | 有・無　　月・火・水・木・金・土･日 | 通所リハビリ | 有・無　　月・火・水・木・金・土･日 |
| 訪問看護 | 有・無　　月・火・水・木・金・土･日 | 短期入所(利用予定) | 定期利用・必要時利用・利用無し(R　年　月　日～R　年　月　日） |
| 訪問入浴 | 有・無　　月・火・水・木・金・土･日 |
| 訪問リハビリ | 有・無　　月・火・水・木・金・土･日 | 福祉用具貸与 | 有・無　（品目) |
| 通所介護 | 有・無　　月・火・水・木・金・土･日 | その他 |  |

３．当方（介護支援専門員）の連絡方法は下記の方法が可能です。

|  |
| --- |
| ①FAX　②電話　③訪問　④郵送　⑤e-mail　⑥バイタルリンク　⑦つながりノート　⑧その他 |

４．今後の連絡方法についてご希望の方法があればご記入ください。

|  |
| --- |
| ①FAX　②電話　③訪問　④郵送　⑤e-mail　⑥バイタルリンク　⑦つながりノート　⑧その他 |

５．電話や訪問の場合、ご都合のいい曜日・時間帯をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　曜日　　　時間帯　　　　　：　　　　～　　　　：　　 | 備考 |  |
| 　　曜日　　　時間帯　　　　　：　　　　～　　　　：　　 | 備考 |  |

６．連絡方法について意見があればご記入ください。なお、担当者会議開催のご希望があれば併せてご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者会議開催希望　 | 有・無 | オンライン会議での参加希望 | 　有・無 |
| ご意見 |

７．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。