

記載（入力）のポイント

医療⇄介護 連絡（照会）票

|              |   |
|--------------|---|
| 事業所種別        | <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 |
| 事業所名         | 宛先、発信元ともに特に職種を限定していません。診療所や病院へ送付の際は、ケアマネタイム、杉並区内病院の連携窓口を参照する。                         |
| TEL          |   |
| 宛先に合わせて変更可能。 |   |
| 先生 あて        |   |

作成日 年 月 日

医療⇄介護という表記になっていますが、ケアマネ⇄医師のやり取り以外にも、  
 訪問⇄ヘルパー、ケアマネ⇄歯科医師、訪問⇄薬剤師、ケアマネ⇄ヘルパーなど各職種間での連絡に使用可能です。

|      |  |                |   |
|------|--|----------------|---|
| 住所   |  |                |   |
| TEL  |  | FAX            |   |
| 担当者名 |  | 添付文書<br>(本紙含む) | 枚 |

日頃より大変お世話になっております。下記の件について先生からのご指示をいただきました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご回答をお願いします。

◆利用者の情報

|      |   |      |       |        |   |   |      |
|------|---|------|-------|--------|---|---|------|
| ふりがな |   | 性別   |       | 生年月日   |   |   |      |
| 氏名   |   | 男・女  | 明・大・昭 | 年      | 月 | 日 | ( )歳 |
| 要介護度 |   | 申請状況 |       | 認定有効期間 | ~ |   |      |
| 住所   | 個人情報の記載は必要最低限に。FAXを利用の際は個人情報特定されないよう工夫の上送信する。 |      |       | 電話     |   | - | -    |

◆照会・質問者記載欄

返信希望の有無  返信願います  返信不要です

照会目的  ケアプラン作成時の医学的所見について  利用者に関する報告等  
 福祉用具貸与（購入）における医学的所見  サービス担当者会議開催のお知らせ  
 サービスの導入・利用について  その他

《内容》  
 質問時：聞きたい内容ははっきりと具体的に、手短かに記入する。  
 報告時：「いつ・どこで・だれが・なにを・どのように」がわかる内容で報告し、報告の目的もはっきりさせる。  
 会議開催の連絡、訪問日時のお伺いなど記載例も参考に活用してください。

なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことにつきましては、  
 今回、ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡させていただいております。【同意日： 年 月 日】  
 契約時の同意に基づき、介護支援のために必要な手続きとして、ご連絡させていただいております。

◆主治医・担当者記載欄

照会についての連絡方法  直接会ってお伝えします（日時： 月 日 時頃に来院ください）  
 電話でお伝えします（日時： 月 日 時頃に電話をください・します）  
 文書で回答します  FAXで回答します

サービス担当者会議に  出席します ⇒ [  診療所  利用者宅  施設  その他 ( ) ]  
 出席できません ( )

《回答内容》 ★サービス担当者会議欠席に伴う本連絡票でのご回答については、原則無料をお願いいたします。★

介護保険サービス提供に関する医師の意見照会に回答する際は、分かりやすい表現での記入をお願いします。

平成 年 月 日 ( ) サイン

## 記載(入力)例

## 医療⇔介護 連絡(照会)票

作成日 平成26年 4月 X日

|               |  |
|---------------|--|
| 事業所種別         | <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 |
| 事業所名          | すぎなみ内科クリニック  |
| TEL           | 1122-3344  |
| FAX           | 5566-7788  |
| すぎ なみすけ 先生 あて |  |

|       |            |                |     |
|-------|------------|----------------|-----|
| 事業所名  | すぎなみケアプラン  |                |     |
| 事業所番号 | 13715***** |                |     |
| 住所    | 阿佐谷南*****  |                |     |
| TEL   | 3333-****  | FAX            | 同左  |
| 担当者名  | すぎ なみこ     | 添付文書<br>(本紙含む) | 1 枚 |

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、先生からのご指示をいただきたく、ご連絡させていただきました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご回答をお願いいたします。

## ◆利用者の情報

|      |       |      |        |   |         |        |
|------|-------|------|--------|---|---------|--------|
| ふりがな |       | 性別   | 生年月日   |   |         |        |
| 氏名   | 杉● 良● | 男・女  | 明・大・昭  | 年 | 月       | 日 ( )歳 |
| 要介護度 | 要介護3  | 申請状況 | 認定有効期間 | ~ | H26.9.4 |        |
| 住所   |       |      | 電話     | - | -       | -      |

## ◆照会・質問者記載欄

|  |   |
|--|---|
| 返信希望の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です  |
| 照会目的   | <input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的所見について<br><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)における医学的所見<br><input type="checkbox"/> サービスの導入・利用について<br><input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等<br><input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議開催のお知らせ<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 《内容》先ほど、受付の方にお電話にてお伝えしたケースです。<br>杉● 良●様のサービス担当者会議を<br><br>日時：平成26年4月DD日(金) 17:30より<br>場所：杉●様宅にて開催。検討内容は添付資料の通りです。<br><br>なお、ご出席難しい場合は下欄の《回答内容》に、デイサービス入浴時のバイタルの基準値(血圧、脈拍の上限値下限値)と体温(〇〇度以下)及び、その他の注意事項についてご指示ください。<br><br>なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことにつきましては、<br><input type="checkbox"/> 今回、ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡させていただいております。【同意日： 年 月 日】<br><input checked="" type="checkbox"/> 契約時の同意に基づき、介護支援のために必要な手続きとして、ご連絡させていただいております。 |   |

## ◆主治医・担当者記載欄

|  |   |
|--|---|
| 照会についての連絡方法  | <input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします (日時： 月 日 時頃に来院ください)<br><input type="checkbox"/> 電話でお伝えします (日時： 月 日 時頃に電話をください・します)<br><input type="checkbox"/> 文書で回答します <input checked="" type="checkbox"/> FAXで回答します      |
| サービス担当者会議に   | <input type="checkbox"/> 出席します ⇒ [ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]<br><input checked="" type="checkbox"/> 出席できません ( ) |
| 《回答内容》 ★サービス担当者会議欠席に伴う本連絡票でのご回答については、原則無料をお願いいたします。★<br>入浴について 立ち上がり時ふらつきがあるので、浴槽での転倒などに気をつけること。<br>血圧収縮期170以上または90以下 拡張期110以上は入浴不可。<br>心拍数 120以上または50以下 体温37.5度以上は入浴不可。<br><br>平成 26年 4月 X日 (主治医) すぎ なみすけ |   |