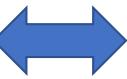


相馬郡医師会管内における主治医と薬剤師と介護支援専門員等連携シート

年 月 日

医療機関名 薬局名	(科)		事業所名
主治医 薬剤師	様		TEL
		FAX	
		担当者氏名	

本票送付の目的》	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無》	<input type="checkbox"/> 返信お願いします	<input type="checkbox"/> 返信不要です
----------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------	-----------------------------------	---------------------------------

お手数ですが 月 日までに 返信をお願いします。						
※個人情報の取り扱いについてはご本人・ご家族に同意をいただいております。						

利用者氏名		住 所				
		要介護 認定状況	<input type="checkbox"/> 認定済み ()	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 更新申請中	
生年月日		<input type="checkbox"/> 新規申請中	<input type="checkbox"/> 変更申請中	<input type="checkbox"/> 総合事業対象者		
		年齢/性別	歳 / 男性・女性	有効期間	R 年 月 日	~

《介護支援専門員等 → 医師・薬剤師》

<input type="checkbox"/> 先生が診察されている利用者様のケアプランを作成したので送付します。ご意見を聞かせてください。						
医療系サービスの利用について <input type="checkbox"/> 意見を求めます <input type="checkbox"/> ケアプランに位置付けました <input type="checkbox"/> 報告を兼ねてケアプランを添付します						
 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護						
<input type="checkbox"/> 下記内容について <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 相談 があります。 <input type="checkbox"/> 下記内容について面談を希望します						
サービス担当者会議について <input type="checkbox"/> 面談を希望します <input type="checkbox"/> 意見を求めます <input type="checkbox"/> 会議内容を報告します						
(開催日時 : 令和 年 月 日 時 分 場所 :)						

※サービス担当者会議への医師の出席は必須ではありませんが、医療ニーズが高い利用者などについては、必要に応じて医師に出席を依頼したり意見を求めるため連絡させていただいている。

【報告・相談内容】

《医師・薬剤師 → 介護支援専門員等》						
提出されたケアプランについて <input type="checkbox"/> ケアプランはこのままでよい <input type="checkbox"/> ケアプランに意見・要望がある						
<input type="checkbox"/> 報告内容について了承しました <input type="checkbox"/> 相談・問い合わせについて了承しました。連携シートに記入して返信します						
<input type="checkbox"/> 相談について直接会って話をします <input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時 : 月 日 時ごろに来院してください) (日時 : 月 日 時ごろに電話ください・します)						
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席できませんので文書で回答します						
【記入欄】 記入例) 担当者会議には参加できませんが、物忘れが進んでいるので栄養管理や内服に配慮してください。						
令和 年 月 日 主治医 _____						
薬剤師 _____						