

依頼者の事業名・担当者・電話番号・FAX番号を入力

医療・介護連携シート

記入例

作成日: 令和 年 月 日

送信者

事業所名	
担当者	
電話	
FAX	

受信者

事業所名	西尾市民病院
担当者	内科 ○ ○ ○ ○ 医師
電話	0563-56-3171(代表)
FAX	0563-57-0899(患者支援室)

日頃より、大変お世話になっています。下記の件について、ご指示をいただきたく、ご連絡させていただきます。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

住所	西尾市○○町	電話番号	0563-○○
氏名	市民 花子	生年月日	M/T/S 年 月 日(才)
介護保険	未申請、申請中 介護 支援(1)	有効期間	3年 4月 1日 ~ 7年 3月 31日

科名・医師名を記入

■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 <input type="checkbox"/> 利用者に関する報告 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与における医学的所見について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催のお知らせ <input type="checkbox"/> サービスの導入・利用について <input type="checkbox"/> その他
(内容)	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;"><p style="font-size: 1.2em; color: blue; margin: 0;">照会内容を記入してください。</p><p style="margin: 0;">お問い合わせは、各科外来へお願いします。</p></div>
なお、この照会を行うこと及び医師・事業所からの意見をいただくことにつきましては、 <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 <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。	

返信日: 令和 ○年 ○月 ○日

■返信

照会の連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします(日時: 月 日 時頃来て下さい) <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします(日時: 月 日 時頃 電話を下さい・します) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> いげたネットで回答します <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"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 出席出来ません
(回答内容)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;">当院記載</div><div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;">記載者 サイン</div></div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">記載者</p>