

医療と介護の連携シート(泉大津仕様)

年 月 日提出

医療機関名 _____

主治医 _____
_____ 先生

| |
|----------|
| 事業所名 |
| 所在地 |
| TEL |
| FAX |
| 介護支援専門員名 |

平素はお世話になり誠にありがとうございます。この度先生が診療されている下記の患者様よりご依頼を受け、居宅介護支援計画（ケアプラン）を作成（変更）することになりました。

つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、ケアプラン作成にあたり下記の点について先生のご指導・ご意見を頂戴いたしたく存じます。ご回答はFAX等でご返送賜れば幸いです。

なお、先生またはサービス担当事業所からのご意見により、必要に応じてサービス担当者会議を開催いたしますので、その節はご協力をお願い申し上げます。

*本人の同意について ※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は、

- 本人・家族の同意を得ています。 本人の心身状況から同意は得られておりませんが、本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

【介護支援専門員記入欄】

| | | | | | |
|-------------|--|-------|------|----|---|
| 連絡理由 | 1、ケアプラン作成（新規・更新・区分変更・その他） 2、相談・問い合わせ 3、その他 | | | | |
| 利用者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 利用者住所 | | | | | |
| 認定有効期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 | 要介護度 | | |
| 相談内容および連絡事項 | | | | | |

【主治医記入欄】

| | |
|-----------|--|
| 主治医確認欄 | 1、特に意見、要望はない 2、意見、要望あり 3、説明希望（面接・電話・メール） |
| 主治医意見・要望欄 | |

年 月 日

主治医： _____ 印