

医師とケアマネジャーの連絡シート

年 月 日

送付枚数：本シートを含め 枚

いずれかの矢印に○をする

【発信・回答者宛先】

医療機関名：
（診療科）：
担当医：
住所：
電話番号：
FAX番号：
※電話、FAXとも手引きにある「協力機関窓口一覧」の番号

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター：

担当者：
住所：
電話番号：
FAX番号：

【利用者基本情報】

フリガナ		男・女	生年 月 日	明・大・昭		
氏名				年	月	日（ 歳）
住所			介護度	申請中 非該当 要支援（ 1・2 ） 要介護（ 1・2・3・4・5 ）		

●発信者記載欄 （該当箇所にチェックをして下さい）

【連絡目的】

- ☐ ケアプラン作成にあたり医療に関する相談
- ☐ 介護保険サービスの導入についての相談
- ☐ サービス担当者会議開催にあたっての問合せ
- ☐ 日常生活における医療・歯科医療に関する相談
- ☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶
- ☐ 報告

- ☐ 要介護認定の申請または変更申請の依頼
- ☐ ケアプラン提示の依頼
- ☐ ケアプラン見直しの依頼
- ☐ 生活障害の状況と課題についての情報提供依頼
- ☐ その他

【回答希望】（※回答者は確認して下さい）

- ☒ 回答をお願いします
- ☐ 回答は不要です

【本人・家族の同意】

- ☐ 本人・家族の同意を得ています
- ☐ 同意は得ていませんが必要なため連絡いたします

【相談・報告内容】

チェックがある場合

●回答者記載欄 （該当箇所にチェックをして下さい）

【回答方法】 ※「直接会う」「電話」の場合は、日時と場所を記載して下さい

- ☐ 直接会って回答します →（ 月 日 時 に来て下さい・行きます）
- ☐ 電話で回答します →（ 月 日 時 に電話を下さい・電話をします）
- ☐ 当シートを郵送します ☐ 当シートをFAXします ☐ 別紙で回答します

【回答内容】

記載日 年 月 日

記載者

医師とケアマネジャーの連絡シート（記入例）

平成26年 11月 1日

送付枚数：本シートを含め 1 枚

いずれかの矢印に○をする

【発信・回答者宛先】

医療機関名：鳥取大学病院

（診療科）：循環器内科

担当医：鳥取一郎先生 様

住所：米子市西町36-1

電話番号：0859-00-0000

FAX番号：0859-00-0001

※電話、FAXとも手引きにある「協力機関窓口一覧」の番号

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター：

ケアプランセンター鳥取大学病院

担当者：鳥取花子

住所：米子市西町00-0

電話番号：0859-11-1111

FAX番号：0859-11-1112

【利用者基本情報】

フリガナ	ト/タイ シロウ	☒ 男 ☐ 女	生年	明・大・昭
氏名	鳥大 二郎		月日	13年 4月 1日（90歳）
住所	米子市西町36-1		介護度	申請中 非該当 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）

●発信者記載欄（該当箇所にチェックをして下さい）

【連絡目的】

- ☐ ケアプラン作成にあたり医療に関する相談
☒ 介護保険サービスの導入についての相談
☐ サービス担当者会議開催にあたっての問合せ
☐ 日常生活における医療・歯科医療に関する相談
☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶
☐ 報告

- ☐ 要介護認定の申請または変更申請の依頼
☐ ケアプラン提示の依頼
☐ ケアプラン見直しの依頼
☐ 生活障害の状況と課題についての情報提供依頼
☐ その他

【回答希望】（※回答者は確認して下さい）

- ☒ 回答をお願いします
☐ 回答は不要です

【本人・家族の同意】

- ☒ 本人・家族の同意を得ています
☐ 同意は得ていませんが必要なため連絡いたします

【相談・報告内容】

8月から下肢筋力の低下が目立ち始め、9月25日には自宅で段差につまづき転倒されています。
 ご本人よりリハビリの希望があり、デイケアの利用を検討しています。
 心不全がありますが、デイケアの利用の可否と、可能な場合、注意点もあわせてご助言下さい。

チェックがある場合

●回答者記載欄（該当箇所にチェックをして下さい）

【回答方法】 ※「直接会う」「電話」の場合は、日時と場所を記載して下さい

- ☐ 直接会って回答します →（ 月 日 時 に来て下さい・行きます）
☐ 電話で回答します →（ 月 日 時 に電話を下さい・電話をします）
☐ 当シートを郵送します ☒ 当シートをFAXします ☐ 別紙で回答します

【回答内容】

年齢を考慮すると、今後、下肢筋力の低下は進むと思われますので、デイケアでのリハビリで筋力維持ができればいいのではないかと考えます。
 心不全に関しては、現在、内服薬や食事制限で増悪は認めていませんので、息切れや動悸等の様子を見ながら、リハビリを行って下さい。

記載日 平成26年 11月 1日

記載者 循環器内科 鳥取一郎