

# 医療・介護連携情報共有連絡票【利用者の照会・相談等】

宛先	【医療機関】		発信元	【地域包括支援センター・居宅介護支援事業者】	
	名 称 :			名 称 :	
	職 名 :	担当医		職 名 :	
	氏 名 :	様		氏 名 :	
	F A X 番 号 :		電 話 番 号 :		F A X 番 号 :

日頃よりお世話になっています。

担当しています下記利用者様につきまして、主治医の先生よりご意見をいただきたいと考えています。お手数をおかけしますが、下記「利用者の照会・相談内容等」の欄に記載しました内容につきまして、F A X などでご回答くださいますようお願いいたします。

なお、重ねてのお願いにはなりますが、 月 日 ( ) までにご返信いただけると助かります。

\*なお、契約時に関係機関と情報共有することは、

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

## 1 介護支援専門員から

利用者	氏 名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 治	<input type="checkbox"/> 大 正	<input type="checkbox"/> 昭 和	
	住 所				
	電話番号				
	介護サービス 利用状況	訪問系			
		通所系			
その他					
結 認 果 定	<input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	有効期間	～			
<利用者の照会・相談内容等>					

## 2 主治医の先生から

<主治医からの回答・助言等>

平成	年	月	日	記載者名	