

主治医の先生へ

介護支援専門員からのお願い

年 月 日

宛 先 医療機関名

様

発 信 事業所名

職 名 氏 名
電話番号 FAX 番号

日頃より大変お世話になっております。貴院通院中(入院中)の下記利用者の担当をさせていただいております。今後の支援について主治医の先生と連絡を取らせていただきたく、お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご教示をお願い申し上げます。

☐ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。

利用 者	氏 名		介 護 度	要支援 1 2
	住 所			要介護 1 2 3 4 5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳) 男・女		申請中 ・ 総合事業対象者
連絡内容	☐ ケアプラン作成にあたり、病状等についてのご指示・ご確認など			TEL
	☐ 医療系サービスを導入するにあたり、主治医のご意見など			
	☐ 利用者の下記状況についてのご相談			
	☐ 利用者の状況についてのご報告			
<利用者の照会・相談内容等>				
担当介護支援専門員名				

【主治医記載欄】

連絡方法等並びにご回答

連絡方法等	☐ 直接会って話をします (時間帯 月 日 時頃 来院ください)
	☐ 電話で話をします (時間帯 月 日 時頃電話を ください・します)
	☐ 下記欄で回答します
<医師からのご回答・ご助言等>	
年 月 日 氏名	

* 介護保険法基準省令改正により介護支援専門員は医療的介護サービスを受ける利用者の主治医に意見を求めること、ならびに口腔に関する問題や服薬状況等について主治医に必要な情報を伝達することが義務付けられました。ご協力くださいますようお願い申し上げます。

【 連携連絡票の活用方法について 】

この連絡票は、平成 30 年 4 月の基準省令改正にともなう「医療と介護の連携強化」において「平時からの医療機関との連携」を円滑に推進することを目的として開発されました。開発に当たっては県内各地の会員の声を参考にし、公益社団法人青森県医師会様のご協力もいただきながら作業を進めてきました。実際の活用場面では以下の注意事項を確認の上、適切な対応をお願いいたします。

- ・ 介護支援専門員側から一方的に F A X 送信をすることは厳禁です。

前もって訪問する旨の連絡をしてから訪問し、直接受け渡しすることを原則とします。

事務の方や、連携室などに取次ぎを依頼する場合も想定されます。

- ・ この様式は、主に初回連絡の場面を想定した内容となっています。2 回目以後の連絡については主治医等の指示に従ってください。（本連絡票を活用しても可です）

本連絡票は初版につき、実際に活用していく中で、修正を加えていく予定です。介護支援専門員の皆様のご意見をお待ちしています。

平成 3 0 年 1 1 月

公益社団法人 青森県介護支援専門員協会