

医療・介護連携シート

発信日：令和 年 月 日

返信日：令和 年 月 日

ケアマネジャー ⇒ 医師

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

様担当のケアマネジャーです。

1 担当になった事のお知らせです。(返信は結構です。)

2 ご相談したい事があります。

身体状況について 介護サービス利用について ()

担当者会議開催について その他 ()

3 連絡及び報告

※2・3については、()月()日に利用者様の同意を得ている。

居宅介護支援事業所名 _____ 担当者名 _____

TEL _____ - FAX _____

E-mail _____

医師 ⇒ ケアマネジャー

【連絡方法】 TEL FAX 面談 E-mail

【曜日・時間帯】 ① 診療時間中いつでも可

② 希望曜日と時間帯

月 火 水 木 金 土 の()時頃

【連絡事項】 (ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。)

医院・病院名 _____ 主治医 _____

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします

医療・介護連携シート

発信日：令和 年 月 日
返信日：令和 年 月 日

ケアマネジャー ⇒

歯科・薬局・MSW

様へ

様担当のケアマネジャーです。

1 担当になった事のお知らせです。(返信は結構です。)

2 ご相談したい事があります。

3 連絡及び報告

※2・3については、()月()日に利用者様の同意を得ている。

居宅介護支援事業所名

担当者名

TEL

FAX

E-mail

⇒ ケアマネジャー

【連絡方法】

TEL

FAX

面談

E-mail

【曜日・時間帯】

① いつでも可(営業または診療時間中)

② 希望曜日と時間帯

月

火

水

木

金

土

の()時頃

【連絡事項】

ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。

歯科・薬局・MSW

氏名

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします