**様式書式（宇治市介護支援専門員連絡会作成）**

主治医と介護支援専門員連携連絡票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宛先 | 医療機関の名称所在地連携部署名TEL　　　　　　　FAX職　　名　　医師・歯科医師・医療連携窓口氏　　名　　　　　　　　　　　　様（宛） | 発信元 | 事業所名所在地TELFAXE-mail介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　 |

平素はお世話になりありがとうございます。この度先生が診察されている下記の利用者様のご依頼により居宅サービス計画（介護予防支援計画　以下、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FAX等でご返信を賜りますようお願い申し上げます。

※この照会を行うこと及び先生から情報提供をいただくことについては、次の通りです。

　□　ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。　同意を受けた日　平成　　　年　　　月　　　日

　□　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。

【介護支援専門員記入欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 性別 | 男　・　女 | 年齢 | 　　　　　　才 |
| 利用者住所 |  | 要介護度 | 要介護　・要支援　 |
| 連絡内容 | □ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認等　 |
| □医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談等 |
| □担当ケアマネジャーになった挨拶 |
| □サービス担当者会議の開催日程の調整について　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| ≪利用者の照会・相談内容≫□主治医意見書をみて暫定プランを作成したか否か（した・していない） |

【主治医記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医確認欄 | □直接会って話をします（時間帯　　　月　　　日　　　時頃待ております） |
| □電話で話をします（時間帯　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □今後、文書で回答します。（FAX・E－mail・郵送）ｱﾄﾞﾚｽ　　　　　　　　　　　　 |
| □以下の点について意見欄に記載します |
| ≪主治医意見・要望欄≫ |
| 日常生活自立度 | J1・J2・A1・A2・B1・B２・C１・C2 | 認知症自立度 | Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅳ・M  |

上記のとおり連絡いたします。

平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　主治医