**連携連絡票　（足利市在宅医療・介護連携推進事業）**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の名称所在地電話番号FAX番号主治医先生御机下　　 | □　□　　　　　 | 事業所の名称所在地電話番号FAX番号担当者 | 　　 |  |  |

**様の担当をさせて頂いております　　　　　　です**

下記の内容についてご連絡致しました。ご確認をお願いいたします。なお、このことにつきましては、

□ご本人(ご家族)の同意を得ております。

□ご本人(ご家族)の心身の状況から同意は得られておりませんが、ご本人の為に必要があります

ので、ご連絡致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 介護度 | 事業対象者・申請中・要支援1・要支援2要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5 |
| 住所 |  | TEL | 　　　　　　－　　　　　－ |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　　　月　　　　　月　生　（　　　　　歳） |
| 照会目的 | * 報告　□　連絡　□　相談
 | 返信希望の有無 | * 返信希望　　　□　返信不要
 |
| 照会内容 | * 主治医の意見書作成依頼　　介護保険有効期間　　　　　年　　　　月
* サービス担当者会議のお知らせ　　　年　　月　　日　　時～（　自宅・他　）

□　福祉用具貸与(購入)に対する医師からの医学的意見について□　医療系サービスを導入するにあたっての意見など□　摂食や嚥下に対する助言、必要な職種との連携の相談など□　その他 |
| ＜内容＞ |

◆医師・歯科医師・薬剤師記載欄　　※この連絡箋での回答では、診療情報提供書の算定は出来ません

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 照会目的　 | * 報告　□　連絡　□　相談
 | 返信希望の有無 | □　返信希望　　□　返信不要 |
| ＜内容＞ |