

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 <p style="text-align: right;">先生御机下</p>	<input type="checkbox"/> →	事業所の名称 所在地 電話番号 FAX 番号 担当者
	← <input type="checkbox"/>	

_____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		<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信希望 <input type="checkbox"/> 返信不要
照会内容		<input type="checkbox"/> 主治医の意見書作成依頼 介護保険有効期間 年 月 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議のお知らせ 年 月 日 時～ (自宅・他) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたっての意見など <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信希望 <input type="checkbox"/> 返信不要
<内容>			

