①連絡・相談票

松山市様式

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | □□ | 事業所名 |  |
| 医師名等 |  | 担当者名 |  |
| T　E　L |  | T　E　L |  |
| F　A　X |  | F　A　X |  |
| E-mail |  | E-mail |  |
|  |  |

●利用者情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成年　　　月　　　日　　　　（　　　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | TEL |  |
| ※介護保険 | □未申請(申請予定)　　　□申請中　　　□事業対象者　　 □要支援１　　　□要支援2□要介護１　　□要介護２　　　□要介護３　　　□要介護４　　　□要介護５ |

※ケアマネジャー　→　かかりつけ医等に送付する場合は記入

●ケアマネジャー等記載欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 本票送付の目的　：　□連絡　　□相談　　□返信 | 返信の希望：　　□返信願います。　　□返信不要です。 |
| □介護保険（新規・更新・区分変更）の主治医意見書について　　　　□ケアプランに対するご意見について□サービス担当者会議について　　 □訪問看護等、医療系サービスの利用について　　□入退院時の情報提供について□軽度者の福祉用具レンタルについて 　□モニタリング時の状況報告について　□訪問依頼について　 □その他ご相談 |
|  |
| ※今回の情報提供について、　□同意あり　□留意事項あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※その他、利用者(患者)さまの疾患や身体状況等から、介護関係者が注意しておくべき生活上の留意点等についてご助言をいただければと思います。添付資料：□②連携シート　□ケアプラン　□その他（　　　　　　　　　　　　）□添付無し |

●医師・歯科医師・薬剤師等記載欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 本票送付の目的　：　□連絡　　□相談　　□返信 | 返信の希望：　□返信願います。　　□返信不要です。 |
| □以下に回答します。　　　□後日連絡します。　　□　　月　　日　　時　　分頃連絡ください。　　□確認しました。 |
|  |