様式１（ケアマネジャー等　⇒　医師）

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 医療機関名 |  | 担当医 |  先生 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 事業所名 |  | 担当者 | 職種：氏名： |
| 電話番号FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　　名生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  |
| 照会目的 | □　新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の意見について |
| □　利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について |
| □　サービス担当者会議における意見について |
| □　医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など |
| □　利用者の下記状況についての相談 |
| □　担当ケアマネジャーになった挨拶 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜サービス担当者会議における意見について＞ |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）****□返信は不要です**　　　　　　　　　　　　　 |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します
 |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します
 |
| ＜回答・助言等＞　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日)　　　　　 |

**様式２（ケアマネジャー等　⇒　歯科医師）**

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 医療機関名 |  | 担当医 |  先生 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 事業所名 |  | 担当者 | 職種：氏名： |
| 電話番号FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　　名生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  |
| 照会目的 | * 入れ歯の状態　　　⇒　□ 痛み　　□ 破損　　□ 作成　　□ 調子が悪い
 |
| * 歯の状態 　　⇒ □ 痛い　　□ むし歯　□ とれた　　□ ぐらぐらする
 |
| * 歯茎の状態　　　　⇒　□ 痛い　　□ 出血 　□ 腫れている
 |
| * 口腔ケアの状態　　⇒　□ 口臭　　□ 清掃
 |
| * 口腔機能の状態　　⇒　□ 咀嚼機能　　□ 摂食嚥下機能　　□ 発音機能
 |
| * 摂食状況　　　　　⇒　□ 経口摂取　　□ 経管栄養　　□ 胃瘻
 |
| □　担当ケアマネジャーになった挨拶 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜サービス担当者会議における意見について＞ |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）****□返信は不要です**　　　　　　　　　　　　 |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します
 |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します
 |
| ＜回答・助言等＞　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日)　　　　　 |

**様式３（ケアマネジャー等　⇔　薬剤師）**

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 薬局名事業所名 |  | 担当者 | 　　　　　　　　　　　　　　様  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 薬局名事業所名 |  | 担当者 | 職種：氏名： |
| 電話番号FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　　名生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  |
| 照会目的 | * 飲み忘れ・飲み間違いがある ⇒ □ 服薬カレンダー　□ 一包化希望（□ 日付希望）

　　　　　　　　　　　　　　　□ 残薬への対応　　　　 |
| * 薬の量・回数を自分で調整している
 |
| * 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある
 |
| * 服薬困難・嚥下困難がある
 |
| * 薬剤による副作用が疑われる所見がある
 |
| * 処方薬について、患者（介護者）の要望がある
 |
| * 処方薬についての薬局（薬剤師）からの提案
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 栄養摂取方法 | * 経口　　□ 経管　　□ 中心静脈栄養
 |
| ＜サービス担当者会議における意見について＞ |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）****□返信は不要です**　　　　　　　　　　　　 |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します
 |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します
 |
| ＜回答・助言等＞　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日)　 |

**様式４（薬剤師　⇒　医師・歯科医師）**

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 医療機関名 |  | 担当医 | 　　　　　　　　　　　　　　先生  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 薬局名 |  | 担当者 |  |
| 電話番号FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　　名生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  |
| 照会目的 | * 居宅療養管理指導（医療保険の場合、在宅患者訪問薬剤管理指導）の指示について
 |
| * 処方内容等照会について
 |
| * 患者の下記状況についての相談
 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）****□返信は不要です** 　　　　　　　　　　　　 |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します
 |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します
 |
| ＜回答・助言等＞　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日)　　　　　 |

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**様式５（医師・歯科医師　⇒　ケアマネジャー等）**

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 事業所名 |  | 担当者 |  様 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 医療機関名　 |  | 担当者 |  |
| 電話番号FAX番号 |  | E-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　　名生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護保険番号 |  |
| 住　　所 |  | TEL |  |
| 依頼内容 | 上記の利用者につき　　　　　　　　　　　　　　　のため、介護（予防）サービス等の情報提供を依頼します。**月　　日頃までに**（　電話 ・ FAX ・ メール ）にて返信をお願い致します。 |
| ＜利用者の照会内容等＞　　　　　　 |

**介護サービス等情報提供書（返信）**

|  |
| --- |
| ＜照会内容等に関する事項および特に連絡すべき事項＞　　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日)　　　　　　　　　　　 |

**様式６（自由様式）**

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 医療機関名事業所名 |  | 担当者 |  様 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 医療機関名事業所名 |  | 担当者 | 職種：氏名： |
| 電話番号FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族の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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　　名生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）****□返信は不要です**　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します
 |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します
 |
| ＜回答・助言等＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日)　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**長野県在宅歯科医療連携室相談受付簿**

|  |
| --- |
| ◆受付日時　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　　　　月　　　　　日　　　　　時　　　分～　　　　　　　(来館・電話) |
| 相　談　者 | ◆**氏名**（ふりがな）：　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）◆**連絡先**：TEL(　　　　　)　　　　　-　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　◆**在宅歯科医療連携室をなにで知りましたか？**　連携室リーフレット等、県歯HP、TVCM、紹介　　　　　　　　　　　　その他　　　　　　　　　　　 | ◆**患者との関係**本人家族(母親)ケアマネジャー施設関係者その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 患　　　者 | ◆**氏名**（ふりがな）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　）　　　◆**性別　：**男　　　女◆**生　年　月　日**　：　大正　・昭和　・平成・令和　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日（　　　　　　　　歳）◆**住所**（郡市会）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）**TEL**：（　　　　　　）　　　　－　　　　　　◆**相談内容****・口腔内　現状**　：　義歯　　あり（上顎　　下顎）　　　　なし**・主訴** |
| ◆**通院困難理由**　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◆**かかりつけ歯科医院**　：　あり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　なし◆**介護認定度**　：　申請中　　　要支援（　１　・　２　）　　　要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）　　身障者　　級◆**全身状態**（現在〇、既往△）：　脳血管疾患（脳卒中　脳梗塞など）　　　呼吸器疾患　　　糖尿病　　　心臓病　高血圧　　　認知症　　　肝臓病　　　骨粗鬆症　　　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◆**他科の医院名（主治医）**　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　先生）　◆**麻痺**　：　あり（片麻痺　　全麻痺）　　なし　　　　◆**意思の疎通**　：　普通　・　大体可　・　やや困難　・　困難　・　不可◆**可能な姿勢**　：　椅子に座る　　　車椅子に乗る　　　ベッド等に起こした状態　　　寝たまま◆**駐車スペース**　：　あり　　　なし　　　　　　　　　　　　◆**生活の状況**　：　独居　　　同居者あり◆**相談内容の連絡先**　：　本人　・　家族　・　ケアマネジャー　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**TEL**（　　　　　　）　　　　　　　－　　　　　　　　　 |
| ◆回答　　　　　　　　　　　　　　　　相談対応者：[　　　　　　　　　　　　　]　　　　 |
| ◆結果　(例：終了、歯科医師と相談へ、治療申込みへ) |