**様式１（ケアマネジャー等　⇒　医師）**

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **宛****先** | 医療機関名氏　　　名　　　　　　　　　　　　　先生電話番号FAX番号E-mail | **発****信****元** | 事業所名担当者名 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　平成　　　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 |  | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２要介護１・２・３・４・５申請中 |
| 住　　所 |  | TEL |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） | 男　・　女 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜照会・相談内容等＞担当者　職氏名　　　　　　　　　　　　印　　 |

**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
 |
| ＜回答・助言等＞平成　　　年　　　月　　　日　　医師　　　　　　　　　　　印　 |

H31.３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会作成