

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式2 (ケアマネジャー ⇄ 医療機関)

病院

主治医 様

この度は 様(歳)のご紹介ありがとうございました。
現在の状況について、下記のとおりご連絡いたします。

記

| | |
|--|--|
| 1 日常生活の様子 | |
| 2 医療状況 | 服薬について <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり() 通院について <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり() |
| 3 在宅でのサービス利用状況 | |
| 利用中の介護等サービス ※該当する□にチェック | 利用状況 ※利用しているサービスの番号を記入し、頻度や内容等を記載する |
| <input type="checkbox"/> ①訪問介護 <input type="checkbox"/> ②訪問看護 <input type="checkbox"/> ③訪問入浴 <input type="checkbox"/> ④通所介護 <input type="checkbox"/> ⑤通所リハ <input type="checkbox"/> ⑥ショートステイ <input type="checkbox"/> ⑦福祉用具 <input type="checkbox"/> ⑧住宅改修 <input type="checkbox"/> ⑨その他 | |
| 4 その他の連絡事項 | |

| | | | | | |
|-----|-----|----|---|---|---|
| 発信者 | 送信日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 所属 | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 連絡先 | | | | |