

### 3. 主治医・ケアマネジャーFAX 連絡票

- 利用シーン：診療所医師とケアマネジャー間の連絡時
- 利用目的：ケアマネジャーから主治医への連絡方法を市内共通化し、効率的な情報伝達と医師・ケアマネジャー間の連絡促進を図る。

対象者	定期的に受診歴のある患者
-----	--------------

この連絡票による  
連絡は無料です。

#### 一宮市 主治医・ケアマネジャー FAX 連絡票

発信日 平成 30 年 9 月 20 日 (本状含め 6 枚送信)

宛先	医療機関名 〇〇〇〇クリニック	発信元	施設名 〇〇〇〇居宅介護支援事業所
	医師名：〇〇 〇〇 先生		担当者名：一宮 恵子
	TEL ( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇		TEL ( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇
	FAX ( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇		FAX ( 0586 ) 〇〇 - 〇〇〇〇

「軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付」の依頼は、ケアマネ一宮の所定様式をご利用ください。

利用者	氏名	山田 花	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 1 2 3 4 5 )
	住所	一宮市〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	明・大 昭 8 年 10 月 20 日 ( 86 歳 )

連絡目的	<input type="checkbox"/> 1. 介護認定申請の連絡 ( <input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 更新 ・ <input type="checkbox"/> 区分変更 )
	<input type="checkbox"/> 2. サービス担当者会議への出席依頼 (ケアプラン添付： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ) 日時： 月 日 ( ) 時 分 場所：
	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 医療系サービスの導入にあたり、医師の意見・相談について
	<input type="checkbox"/> 4. 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
	<input type="checkbox"/> 5. その他 ( )

相談内容等  
脳梗塞後遺症にて右片麻痺があり、屋内では杖や手すりを使用してなんとか転倒なく移動していましたが、入院 (9/1) を機に ADL が低下し、先日転倒しているところを帰宅した息子さんが発見したことがありました。日中独居で、自宅での生活動作を少しでも安全に行えるようにする必要があり、訪問看護によるリハビリを検討しています。  
9 月 15 日退院時の退院サマリーとリハビリサマリーも一緒にお送りいたしますので、訪問看護の利用についてコメントをよろしく願います。

相談内容などは簡潔に記載してください。

回答希望	<input checked="" type="checkbox"/> 回答をお願いします <input type="checkbox"/> 回答は必要ありません
本人家族の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族の同意を得て連絡しています <input type="checkbox"/> 本人・家族の同意は得られていませんが、必要と判断して連絡しています

#### 医師の回答・意見欄 (返信日： 月 日)

回答方法	<input type="checkbox"/> 電話で回答します → 月 日 時 分頃に 電話をください <input type="checkbox"/> 面会で回答します → 月 日 時 分頃に 来院してください <input type="checkbox"/> この連絡票で下記のとおり意見・回答します
サービス担当者会議	会議出席有無 ( <input type="checkbox"/> 出席します ・ <input type="checkbox"/> 出席できません ) ケアプラン案 ( <input type="checkbox"/> 案のとおりでよい ・ <input type="checkbox"/> 意見あり )
意見・回答	医師名 ( )