

大和在宅第 3028 号  
平成 30 年 6 月 28 日

大和ケアマネジャー連絡協議会  
会長 天野 宏一 様

大和市在宅医療・介護連携支援センター（大和市医師会）  
センター長 大橋 佳弘

「主治医・ケアマネジャー連絡票」及び「相談・依頼票」について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

在宅医療・介護連携推進事業にご理解ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、ケアマネジャーの皆様から主治医との連絡をする際、何か方法はないか、ツールがあるとよい等の要望が地域ケア会議において、出されておりました。

また、今年度の法改正にて、主治医に意見を求めた上で医療系サービスをケアプランに作成した際、主治医に対してケアプランを提出することが新たに義務付けられました。このことから、より一層ケアマネジャーと医師との連携を図ることが必要となっております。

つきましては、大和市医師会にて、医師とケアマネジャーとの連絡票を別紙のとおり作成いたしましたので、活用できるように、会員の皆様への周知をお願いいたします。

今後、大和市医師会のホームページからダウンロードできる予定ですが、大和ケアマネジャー連絡協議会のホームページからもダウンロードできるように、お願いいたします。

【送付書類】

① 「主治医・ケアマネジャー連絡票」

主にケアマネジャーから医師に連絡を取りたい時に活用する。

（医師からケアマネジャーに連絡を取りたい時も活用可能）

② 「相談・依頼票」

医師から訪問医等への相談時の情報として活用

（ケアマネジャーから医師に患者（利用者）の具体的な相談時の情報としても活用可能）

問い合わせ先：大和市医師会

大和市在宅医療・介護連携支援センター

担 当：佐藤、平野、花房

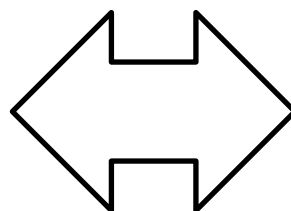
電 話：046-200-6556

FAX：046-263-3700

個人情報のため  
取扱注意

## 主治医・ケアマネジャー連絡票

ケアマネジャー	
事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



主治医	
医療機関名	
主治医名	
医療相談員名	
電話番号	
FAX番号	

### 【利用者様の基本情報】

ふりがな		生年月日:	年	月	日
氏名		性別:	男	女	電話:
住所					

### 【ケアマネジャー記載欄】

記載日 年 月 日

連絡内容	<input type="checkbox"/> 受診時同行希望	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ	<input type="checkbox"/> 返信
連絡事項					
					返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに主治医との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

### 【医師記載欄】

記載日 年 月 日

連絡内容	<input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ
詳細	<input type="checkbox"/> 次回受診時に同行してください。 <input type="checkbox"/> 直接会って話をします（日時： 月 日 時頃に来院してください） <input type="checkbox"/> 電話で話をします（日時： 月 日 時頃に電話をください・します） <input type="checkbox"/> このFAXで回答します。			
連絡事項				
				返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要

## 患者相談・依頼票

受付者：  
 受付日：平成 年 月 日( )

依頼者	医療機関・事業所名			担当者名		
	電話			FAX		
ふりがな				性別	生年月日	
対象者名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日 歳	
住所		大和市				
本人電話		自宅		携帯		
同居家族		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
介護者名 (キーパーソン)				関係	電話	
疾病(傷病)名 (既往歴含む)		認知症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状 )				
経過						
内服薬及び外用薬						
保険種別		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(扶養も含む) <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者名 ) <input type="checkbox"/> 医療助成(有・無：種別 )				
介護保険	介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中			ケアマネジャー	事業所名・氏名
	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				電話：
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
現在利用の介護サービス		<input type="checkbox"/> デイサービス(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問歯科( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 訪問薬局( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> ショートステイ( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
ADL		食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミサー <input type="checkbox"/> 経管栄養    副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミサー 移動： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具) 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パルチューブ <input type="checkbox"/> ストマ ) 尿意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    尿失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    便失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助    意思疎通： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可( ) 視力： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )    聴力： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )				
現在の主治医		病院・診療所名：		担当医：		
科名：						
今後の連携						
緊急時の搬送先						