相馬郡医師会管内における主治医と薬剤師と介護支援専門員等連携シート

令和6年12月3日

医療機関名 薬局名	（　　科）	⇔	事業所名	
主治医 薬剤師	様		TEL	
			FAX	
			担当者氏名	

本票送付の目的≫ ☑報告 □連絡 □相談　　返信希望の有無≫ □返信お願いします □返信不要です

お手数ですが　　月　　日 までに　返信をお願いします。

※個人情報の取り扱いについてはご本人・ご家族に同意をいただいております。

利用者氏名		住　所	
生年月日	大正15年1月1日	要介護認定状況	□認定済み（　　）□未申請 □更新申請中 □新規申請中 ☑変更申請中 □総合事業対象者
年齢/性別	98　歳　／　男	有効期間	R　年　月　日 ～ R　年　月　日

《介護支援専門員等 ⟶ 医師・薬剤師》

□先生が診察されている利用者様のケアプランを作成したので送付します。ご意見を聞かせてください。

医療系サービスの利用について　□意見を求めます　□ケアプランに位置付けました 報告を兼ねてケアプランを添付します

□訪問看護　□訪問リハビリ　□通所リハビリ　□通所介護　□短期入所療養介護

□下記内容について　□報告　□相談　があります。　□下記内容について面談を希望します

サービス担当者会議について　□面談を希望します　□意見を求めます　□会議内容を報告します

（開催日時：令和　　年　　月　　日　　時　　分　場所：　　）

※サービス担当者会議への医師の出席は必須ではありませんが、医療ニーズが高い利用者などについては、必要に応じて医師に出席を依頼したり意見を求めるため連絡させていただいています。

【報告・相談内容】

《医師・薬剤師 ⟶ 介護支援専門員等》

提出されたケアプランについて　□ケアプランはこのままでよい　□ケアプランに意見・要望がある

□報告内容について了承しました　□相談・問い合わせについて了承しました。連携シートに記入して返信します

□相談について直接会って話をします（日時：　月　日　時ごろに来院してください）　□電話で話をします（日時：　月　日　時ごろに電話ください・します）

サービス担当者会議に　□出席します　□出席できませんので文書で回答します

【記入欄】　記入例）担当者会議には参加できませんが、物忘れが進んでいるので栄養管理や内服に配慮してください。

令和　　年　　月　　日　主治医＿＿＿＿＿＿＿＿

薬剤師＿＿＿＿＿＿＿＿