

①

| | | | |
|--------------|-------|-------|--|
| 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 返信をお願いします 返信不要です

②

お手数ですが 月 日 までに **返信をお願いします。**
※個人情報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 | <input type="checkbox"/> 認定済み () <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 |
| 年齢/性別 | 98 歳 / <input checked="" type="checkbox"/> 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》

③ 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。

④ 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

⑤ 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

⑥ 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おります。

【報告・相談内容】

⑦

《医師・薬剤師 → 介護支援専門員等》

① 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

② 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

③ 相談について直接会って話をします 電話で話をします
 (日時: 月 日 時ごろに来院してください) (日時: 月 日 時ごろに電話ください・します)

④ 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

⑤ 【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 _____

主治医・薬剤師と介護支援専門員等連携シートの利用にあたって

相馬郡医師会地域での医療と介護の連携をスムーズに行い、本人や家族に切れ目ないサービスが提供できるよう、「主治医と介護支援専門員等連携シート」を作成しました。これまで独自で作成した様式で医療・介護の連携を図っていた事業所様に関しては、医療機関の負担軽減の観点から、今回作成した「主治医と介護支援専門員等連携シート」に統一したいと思っておりますので、ご協力のほどよろしく申し上げます。なお、書類以外で医療・介護の連携がスムーズに図ることができている状況において、「主治医と介護支援専門員等連携シート」を使用していただく必要はありません。

- 1) ケアプラン作成時
 - 2) 医療系サービスを位置づけるとき
 - 3) サービス担当者会議について
 - 4) その他の連絡・相談
- などで連携を図る際に使用してください。

記入について (介護支援専門員等⇒医師・薬剤師)

- ① 日付が自動で表示される設定になっています。別の日付に変更したい場合は、手動での入力をお願いします。
- ② 返信を希望する場合は「返信をお願いします」にを入れ、返信を希望する日付を記入してください。「返信不要です」にを入れた場合は、返信日を記入する必要はありません。
- ③ 介護支援専門員等が作成したケアプランを主治医に交付する際に使用します。
- ④ 介護支援専門員等が医療系サービスを位置づけるにあたり、主治医等から意見を聴取する際に使用します。また、医療系サービスを位置づけたケアプランを主治医等に交付する際にも使用します。
- ⑤ そのほか、介護支援専門員等が担当する利用者の服薬、口腔機能のほか心身の状態や療養などについて、主治医への相談や報告、面談などの希望に応じてを入れ、具体的な内容を ⑦ に記入します。
- ⑥ サービス担当者会議への主治医の出席依頼や、書面で意見を求める際に使用します。

記入について (医師・薬剤師⇒介護支援専門員等)

最初に、 2 の返信希望の有無を確認してください。

- ① ケアプラン交付に対する ③ への回答の際に使用します。を入れて返信、またはケアプランに意見、要望がある場合は⑤に記入して返信してください。
- ② 医療系サービスに対する意見を求められたり、患者(利用者)に関する報告や相談 ④ ⑤ に対して使用し、を入れて返信するほか、必要に応じて⑤に記入して返信してください。
- ③ 患者(利用者)についての相談や面談を希望する ⑤ に対して対応方法を回答する欄です。
- ④ 担当者会議についての問い合わせ ⑥ に対して返答します。必要に応じて⑤に記入して返信してください。

※チェックを入れる項目および 困った項目のセルをクリックしてください。
 表示された▼をクリックしてリストから選択してください。