

【医科】医療と介護の連携シート記入例

医療機関名	○○クリニック
科	
主治医:	○○ ○○ 様
電話:	* * - * * * *
FAX:	* * - * * * *
病院地域連携室:	様

送信日 年 月 日

事業所名	●●●事業所
担当者:	
電話:	* * - * * * *
FAX:	* * - * * * *



【利用者の情報】(* 欄は「介護支援専門員⇒主治医」の場合のみ記入)

フリガナ氏名	三木 太郎	生年月日	T S H ○ 年 △ 月 □ 日
* 要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・④・5	申請中

【担当者 記載欄】

●ご相談があります

<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時のご意見について	<input type="checkbox"/> 歯科に関すること
<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の医療・介護・病状の意見・指示について	<input type="checkbox"/> 薬に関すること
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における意見または開催について	<input type="checkbox"/> 栄養に関すること
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)における意見について	<input type="checkbox"/> 書類に関すること(主治医意見書等)
<input type="checkbox"/> 医療サービス導入における意見・相談について	<input type="checkbox"/> その他

本票の目的 返信 報告 連絡 相談 返信について 返信願います 返信不要

上記のご利用者様について、連絡をさせていただきます。

来月より、三木市○○のショートステイを利用することになりました。施設側から一日の水分摂取量(最低量)について主治医から指示を受けるよう話がありましたので、ご回答よろしくお願いたします。現在の摂取量は800cc程度、ツインラインは1000kcalです。

※前置きを省略し、簡潔に要点のみの記載をお願いします。

* なお、この照会を行うこと、及び先生から情報提供をいただくことについて

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しています (同意日: ○ 年 △ 月 □ 日)
 ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人の支援に必要ですのでご連絡しました

【医師 記載欄】 回答年月日 年 月 日

内容:
 基本的には、ツインライン1000プラス水分200(最低)でもOKだと思います。尿量や痰の様子などを観察し、必要に応じて増やしてもらおうと良いでしょう。