

年 月 日

介護サービス事業所 各位

事業所名	
介護支援専門員	
T E L	
F A X	

**サービス担当者会議
各サービス事前連携及び照会シート**

氏名	様	目的	
日時		場所	
サービス種類と 参加対象 事業者名			

議題や照会、相談内容

連絡 内容・理由	

※ 参加の有無にかかわらず、下記をご記入の上、ご返送下さい。

※ 欠席の場合は照会意見とさせていただきます。

回 答

※○を付けて下さい

事業者名		参加 ・ 不参加	出席者	
回答内容	※ 現状の問題点などご記入ください。			
回答年月日	年	月	日	回答者名

年 月 日

介護サービス事業所 各位

事業所名	
介護支援専門員	
T E L	
F A X	

ケアプラン短期目標
期間見直しに伴う照会シート

利用者名			様
サービス種類 と対象 事業者名			

※ 状況をお伺いさせて頂きたいと思います。下記をご記入の上、ご返送下さい。

回 答

※○を付けて下さい

サービス提供状況	予定通り利用	予定が守られなかった
身体状況	変化なし	変化あり（改善・悪化）
精神状況	変化なし	変化あり（改善・悪化）
短期目標の変更	必要性は感じない	必要性を感じる

事業者名	
回答内容	※ 現在の状況や短期目標へのご意見、ご提案などありましたらご記入をお願い致します。
回答年月日	年 月 日 回答者名

医療と介護の連携連絡票 (ケアマネジャー ⇄ 医師)

年 月 日

医療機関名		事業所名	
医師	先生御侍史	住所	
住所		T E L	
T E L		F A X	
F A X		介護支援専門員	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、ご連絡を差し上げました。
お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願い致します。

利用者	氏名		住所			
	T E L		介護度		性別	
	生年月日	年 月 日 (歳)				
連絡 内容・理由						
相談内容等						

医師からの回答 (返信)

※ この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

上記の 回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃 お出で下さい)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃 電話を下さい・電話をします)
	<input type="checkbox"/> 文書・F A Xで回答します
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席します 欠席します)
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (ケアプラン) を受領しました
上記の通り連絡致します。 年 月 日 医師名	

医療と介護の連携連絡票 (ケアマネジャー ⇄ 歯科医師)

年 月 日

歯科名		事業所名	
歯科医師氏名	先生御侍史	住所	
住所		TEL	
TEL		FAX	
FAX		介護支援専門員	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、ご連絡を差し上げました。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願い致します。

利用者	氏名		住所			
	TEL		介護度		居宅療養管理指導	
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別			
かかりつけ歯科医 有 () ・ 無						
〈連絡内容・連絡理由〉						
<input type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (歯・歯肉・舌・口腔粘膜) に痛みが (あり・なく) 、出血や腫れなどの異常が (ある・ない) 。 <input type="checkbox"/> (虫歯治療・歯周病治療) を希望している。 <input type="checkbox"/> 入れ歯の (調整・新製・修理) を希望している。 <input type="checkbox"/> 抜歯が必要と思われる歯がある。 <input type="checkbox"/> (口渇・口臭・味覚) などの異常を感じている。 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下運動について (誤嚥やむせ、せき込み・飲み込みにくい・食事時間が長い) 等の問題がある。 <input type="checkbox"/> 口腔ケアについて教えて欲しい。 <input type="checkbox"/> その他 () 						
<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 ケアプランの作成にあたりご助言をお願いしたいと思います。						
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 介護認定の (初回・更新・変更) にあたり、担当者会議へのご出席をお願い致します。						
<input type="checkbox"/> 治療方針・治療経過 利用者様の治療方針等、教えて頂きたいと思います。						
<input type="checkbox"/> 留意事項 利用者様につきまして、今後の (サービス内容・食事に関すること・口腔ケア・入れ歯に関すること) 等、留意する事項がありましたら、ご教授下さい。						
<input type="checkbox"/> その他 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 歩行困難等で貴院の受診が困難になっております。 <input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医がおらず、受診や治療で困っております。 <input type="checkbox"/> しっかりと噛めなくて困っています。 <input type="checkbox"/> 医療と在宅との連携のため、ケアプラン交付につき受領の確認 <input type="checkbox"/> 						

歯科医師からの回答 (返信)

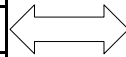
上記の 回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃 お出で下さい)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃 電話を下さい・電話をします)
	<input type="checkbox"/> 文書・FAXで回答します <input type="checkbox"/> 別紙で回答します
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に 出席します 欠席します
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (ケアプラン) を受領しました
下記のように対応してください。	
<input type="checkbox"/> (至急 出来るだけ早く) 受診する手配をお願いします。 <input type="checkbox"/> 自院は (往診可 往診不可) です。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記の通り連絡致します。 年 月 日 氏名	

医療と介護の連携連絡票

(ケアマネジャー ↔ 薬剤師)

年 月 日

薬局名	
薬剤師氏名	様
住所	
T E L	
F A X	



事業所名	
住所	
T E L	
F A X	
介護支援専門員	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、ご連絡を差し上げました。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願い致します。

利用者	氏名		住所			
	T E L		介護度		居宅療養管理指導	
	生年月日		年	月	日	(歳)
					性別	

連絡 内容・理由	
-------------	--

〈本人の照会・相談内容等〉

薬剤アセスメント（問題領域）が出てきております。対応方法の検討をお願い致します。

薬の飲み忘れ・飲み間違いがある。 薬の量・回数を自分で調節している。

薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある。

その他 ()

以下の症状・課題について、薬剤との関連の有無をご指導して頂きたい。

夜間・早朝のふらつきや転倒 昼間の眠気や気分の落ち込み

食欲不振や体重減少 下肢のむくみや痺れ 皮膚や口腔の乾燥

その他 ()

その他の相談

薬剤師からの回答（返信）

上記の 回答内容	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時： 月 日 時頃 お出で下さい)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時： 月 日 時頃 電話を下さい・電話をします)
	<input type="checkbox"/> 文書・F A Xで回答します
	<input type="checkbox"/> 当薬局で調剤しておりませんので、処方内容をお知らせ下さい
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席します 欠席します)
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(ケアプラン)を受領しました

問題領域については以下が考えられます。

コンプライアンス不良（服薬指導、剤形の再検討） 飲み忘れの対処（一包化、剤形の再検討）

重複、相互作用のチェック 薬剤によるA D L低下の可能性（転倒等）

副作用のチェック・再発防止が必要 水分量のチェック

処方内容の理解が必要なため居宅療養管理指導が必要と思われます

その他

上記の通り連絡致します。 年 月 日 氏名