

主治医 ⇔ ケアマネジャー 連絡票2（返信兼用）

事業所名：
担当者名：

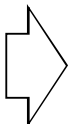


医療機関名：
主治医様名：

いつもお世話になり、ありがとうございます。下記の通り、利用者様の要介護認定等の結果が判明いたしましたのでご報告いたします。つきましては、サービス利用にあたり、ご助言・ご指導をお願いいたします。

1、利用者様の状況（認定等の結果）
〔氏名〕
〔性別〕
〔生年月日〕
〔満歳〕
〔総合事業対象者〕
〔要支援認定区分〕
〔要介護認定区分〕
〔認定の有効期間〕

2、ケアマネジャーからの質問事項
□ 目標や方向性、予後に関する事項
□ 医療系サービスに関する意見、留意点など
□ 介護サービス全般に関する留意事項（内容、頻度等）
□ 医療上の制限に関する指導、助言（食事、運動、その他）
□ 緊急時に関する事 □ その他



3、主治医様からケアマネジャーへの記載欄
□ 目標や方向性、予後に関する意見
□ 医療系サービスに関する意見、留意点など
□ 介護サービス全般に関する留意事項（内容、頻度等）
□ 医療上の制限に関する指導、助言（食事、運動、その他）
□ 緊急時に関する事 □ その他
医療機関名：
医師名：
返信日： 年 月 日

下記へご返信ください。ご協力ありがとうございました。

【返信先 F A X 番号・送付状不要】

ケアマネジャーへの問い合わせ先（電話）

※ この連絡票は介護サービス利用者様及びそのご家族様に対し、個人情報の使用ならびに主治医様との情報交換に関する説明を行い、文書にて同意を頂いた上で送付しております。

主治医 ⇄ ケアマネジャー 連絡票2 (返信兼用)

事業所名：介護相談〇〇〇センター

担当者名：△△ △△△

医療機関名：□□□病院 ×××科

主治医様名：〇〇 〇〇 先生

いつもお世話になり、ありがとうございます。下記の通り、利用者様の要介護認定等の結果が判明いたしましたのでご報告いたします。つきましては、サービス利用にあたり、ご助言・ご指導をお願いいたします。

1、利用者様の状況 (認定等の結果)

〔氏名〕

〔性別〕 男 女

〔生年月日〕

〔満 歳〕

〔総合事業対象者〕 事業対象者 ※事業対象者とは、25項目の基本チェックリストにより、生活機能の低下が認められた人

〔要支援認定区分〕 要支援1 要支援2

〔要介護認定区分〕 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

〔認定の有効期間〕

～

2、ケアマネジャーからの質問事項

目標や方向性、予後に関する事項

例：現在のパーキンソン病の進行状況についてお尋ねします。日内変動で午後から夕方にかけてが動きにくく、排泄の失敗等が見られています。排泄の自立を目的に、症状観察や服薬確認、環境の整備等を行っていますが、支障はないでしょうか？今後、精神症状（妄想、幻覚等）が出現する可能性等についてもご意見をお願いいたします。

医療系サービスに関する意見、留意点など

例：今回、訪問看護を計画しました。ケア内容は排便コントロール、保清、ご家族への療養指導等を検討中です。目標はご家族と共に外出ができるようにと考えています。先生の判断で支障が無ければ、訪問看護への指示をお願いいたします。その際の注意点等ありましたらお願いいたします。

介護サービス全般に関する留意事項(内容、頻度等)

例：訪問入浴を計画していますが、バイタルサインや酸素の取り扱い等で留意することなどありましたら、助言をお願いします。ご本人は週3回ほど入浴を希望されていますが、体力的にみて支障は無いでしょうか？ご意見をお願いいたします。

医療上の制限に関する指導、助言(食事、運動、その他)

例：現在ご本人は膝と股関節の痛みを訴えていますが、これはガンによるものでしょうか？痛みを観察しながら、軽い運動を進めていこうと考えていますが、制限等がありますか？また食事や水分に関して、ご意見がありましたら記入をお願い致します。

緊急時に関する事 その他

例：短期入所(老人ホーム〇〇〇園)と〇〇デイサービスを計画しています。日中及び夜間の急変時はどのように対処すればよろしいでしょうか？内科的な症状以外に、他科受診が必要な状況があった場合も、指示を頂いてよろしいでしょうか？搬送先の病院の指示などありましたら記入をお願いいたします。

3、主治医様からケアマネジャーへの記載欄

目標や方向性、予後に関する意見

病気の進行度、治療後の状態の変化、余命等に関する医師の見解を聞く。アセスメントで見出したケアの方向性に関する意見を求める。

医療系サービスに関する意見、留意点など

通所及び訪問リハ、訪問看護、短期入所療養介護等の医療系サービスの必要性を確認する。位置づける医療系サービスの具体的な目的やケア内容を記載の上、医師の指示内容の確認をする。

介護サービス全般に関する留意事項(内容、頻度等)

訪問入浴の実施に関する留意点、福祉用具の選定に関すること(例外給付含む)、療養環境に関すること、服薬管理、排泄ケアの回数等について、現状を踏まえて簡潔に質問する。

医療上の制限に関する指導、助言(食事、運動、その他)

痛みの原因、運動や行動の制限の有無、食事や水分の制限、栄養に関すること、体位保持等について、現状を報告し意見を求める。

緊急時に関する事 その他

緊急時やサービス利用時の急変等の連絡体制や、診療体制について確認する。また、病状によっては、他科受診が必要な場合等あるため、その場合の対応など具体的に確認する。

その他上記項目以外に医師に確認したいことなどあれば、この欄を利用する。

返信日： 年 月 日

下記へご返信ください。ご協力ありがとうございました。

【返信先 F A X 番号・送付状不要】

ケアマネジャーへの問い合わせ先(電話)

※ この連絡票は介護サービス利用者様及びそのご家族様に対し、個人情報の使用ならびに主治医様との情報交換に関する説明を行い、文書にて同意を頂いた上で送付しております。