別紙２

　年　　月　　日

**主治医等連絡票**

　　　　　　　　　（医院・クリニック・病院・診療所・歯科医院・薬局）

　　　　　　　　　　　　　　（先生・看護師）様

いつも大変お世話になっております。

　　　　　　　　　　　様（T・S・H　　年　　月　　日生）のケアマネジャーです。別紙に記載した方の件につきまして、ご連絡させていただきました。（　返信不要　・　返信をお願いします　）

ご多忙のところ恐縮ですが、　　月　　日までに、別紙を郵送あるいはFAXにてご返信いただきますようお願いいたします。

なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

□ご本人・ご家族の同意を得て、連絡しております。

□ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要で連絡いたします。

注意ＦＡＸにてご返信いただく場合、ご本人様情報を隠した状態でご返信いただきますようお願いいたします。

担当事業所名：

担当者名：

住所：〒　　　　　　　　　（袖ケ浦市・木更津市・君津市・富津市）

TEL：

FAX：

メール：

担当事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　機関名：

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者：　　　　　　　　　様

別紙

ご本人様情報　　　　　主治医等連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 | 生年月日　　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者番号 | 認定区分　　（申請中）（要支援１・２）  　　　　　　（要介護１・２・３・４・５） |
| １．ケアプランを作成するにあたり疾患や病状に関して日常生活上の留意点等がありましたらチェックいただき、詳細につきまして下記意見等記載欄にご記入をお願いします。  （ア）食事・水分　□食事量　□栄養バランス　□タンパク質確保　□塩分  　　　　　　　　　□その他（  （イ）口腔　　　　□嚥下（むせ、食べこぼし、痰のからみ）　□咀嚼　□発音・発声  　　　　　　　　　□清潔（歯・義歯・舌）　□その他（  （ウ）薬　　　　　□飲み忘れ　□摂取量　□残薬　□飲み合せ  　　　　　　　　　□その他（  （エ）生活全般　　□睡眠　□尿（　　　　）□便（　　　　）□体温　□血圧  　　　　　　　　　□転倒の危険　□その他（  ※意見等記載欄  ２．ケアプランを作成しましたのでお送りします。ご参考としていただければ幸いです。  ３．新規申請後の認定・更新申請後の認定・区分変更申請後の認定・その他（　　　　）によりサービス担当者会議を開催いたしますので、ご出席の可否をお知らせください。なお。ご出席いただける場合、日程の都合をお伺いいたします。  　　開催日時：　　年　　月　　日（　　）　ＡＭ・ＰＭ　　：　　～  　　開催場所：  　　サービス担当者会議に　□出席します。　□欠席します。（どちらかに☑を付してください）  　　※サービス担当者会議ご欠席の場合には、下記に所見など指示事項やご意見をいただけますと幸いです。  ４．その他 | |

**※注意※　FAXでご返信いただく場合、ご本人様情報を隠した状態でご返信いただきますようお願いいたします。**

**本帳票は、サービス担当者会議の照会として取扱うことができるものとします。**