

【ファクシミリ施行】

医療・介護ケア連絡票 様式2 (ケアマネジャー ⇄ 医療機関)

病院

主治医 様

この度は 様(歳)のご紹介ありがとうございました。
現在の状況について、下記のとおりご連絡いたします。

記

1 日常生活の様子									
2 医療状況 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;">服薬について</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/>問題なし</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/>問題あり()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>通院について</td> <td><input type="checkbox"/>問題なし</td> <td><input type="checkbox"/>問題あり()</td> </tr> </table>			服薬について	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり()		通院について	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり()
	服薬について	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり()						
	通院について	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり()						
3 在宅でのサービス利用状況 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">利用中の介護等サービス ※該当する□にチェック</th> <th style="width: 65%;">利用状況 ※利用しているサービスの番号を記入し、頻度や内容等を記載する</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ①訪問介護 <input type="checkbox"/> ②訪問看護 <input type="checkbox"/> ③訪問入浴 <input type="checkbox"/> ④通所介護 <input type="checkbox"/> ⑤通所リハ <input type="checkbox"/> ⑥ショートステイ <input type="checkbox"/> ⑦福祉用具 <input type="checkbox"/> ⑧住宅改修 <input type="checkbox"/> ⑨その他 </td> <td style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table>		利用中の介護等サービス ※該当する□にチェック	利用状況 ※利用しているサービスの番号を記入し、頻度や内容等を記載する	<input type="checkbox"/> ①訪問介護 <input type="checkbox"/> ②訪問看護 <input type="checkbox"/> ③訪問入浴 <input type="checkbox"/> ④通所介護 <input type="checkbox"/> ⑤通所リハ <input type="checkbox"/> ⑥ショートステイ <input type="checkbox"/> ⑦福祉用具 <input type="checkbox"/> ⑧住宅改修 <input type="checkbox"/> ⑨その他					
利用中の介護等サービス ※該当する□にチェック	利用状況 ※利用しているサービスの番号を記入し、頻度や内容等を記載する								
<input type="checkbox"/> ①訪問介護 <input type="checkbox"/> ②訪問看護 <input type="checkbox"/> ③訪問入浴 <input type="checkbox"/> ④通所介護 <input type="checkbox"/> ⑤通所リハ <input type="checkbox"/> ⑥ショートステイ <input type="checkbox"/> ⑦福祉用具 <input type="checkbox"/> ⑧住宅改修 <input type="checkbox"/> ⑨その他									
4 その他の連絡事項									

発信者	送信日	平成	年	月	日
	所属				
	氏名				
	連絡先				