

静岡市清水医師会地区版

「医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）」

清水在宅医療・介護・福祉連絡会

【目的】

ケアマネジャーと主治医の連絡手段として用いる。

- ・担当ケアマネジャーから主治医への挨拶
- ・担当ケアマネジャーがプランを作成・変更するにあたり、利用者の病状等の相談
- ・訪問看護・通所リハビリの利用の相談
- ・診療情報提供書など、主治医に記載していただく書類について、本人・家族から主治医に依頼する場合、ケアマネジャーは、本様式に利用サービス事業所の名称・目的などを記載し、診療情報提供書を添付したうえで、主治医に提出するよう、本人・家族へ伝える。

【使用方法】

○ケアマネジャーの方は、

- ・依頼先の医療機関や居宅介護事業所、利用者を正確に記載する。
- ・「ケアマネジャー記載欄」には、内容を簡潔に記載し、返答希望の有無にチェックをつける。医療に関する相談内容を記載する。
- ・FAX 送信する際、医療機関に事前に FAX 番号を確認する。

【留意事項】

- ・原則として連絡は FAX にて行う。
- ・この様式は、静岡市清水医師会会員の診療所等に使用する。
- ・本様式は勝手に変更しない。
- ・軽度者の福祉用具貸与に対する主治医の意見は、このシートを使用しない。

医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネージャー連絡票）

医療機関の名称 電話番号 F A X 番号 主治医 様	← →	介護事業所の名称 所在地 電話番号 F A X 番号 担当居宅介護支援専門員 氏 名
---	------------	---

◆利用者の情報（*欄は「ケアマネージャー⇒主治医」の場合のみ記入）

フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日
氏 名						
*要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請中			

◆ケアマネージャー記載欄

本票送付の目的» <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無» <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
内 容 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネージャーとなりましたのでよろしくお願い致します。（ご挨拶） <input type="checkbox"/> ケアプランを作成・変更するにあたり、病状などについてのご相談 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など。	

◆医師記載欄

本票送付の目的» <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無» <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要
<input type="checkbox"/> 電話をください ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後（ ）時頃 <input type="checkbox"/> 直接会います ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後（ ）時頃 <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します	
内 容	

静岡市清水医師会地区版

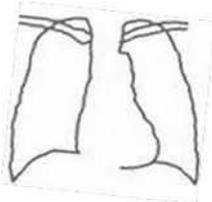
「診療情報提供書」

清水在宅医療・介護・福祉連絡会

【留意事項】

- ・この様式は、静岡市清水医師会会員の診療所等に使用する。
- ・本様式を依頼する場合は、「医療と介護の連携シート」に、利用サービス事業所の名称・目的などを記載し依頼する。（ケアマネジャーが直接医師にお願いする場合を除く）
- ・本様式は勝手に変更しない。
- ・ケアマネジャーは、MRSA・HCV・HBs検査が必要か、事前に確認する。

診療情報提供書

氏名		生年月日 (男・女) M・T・S 年 月 (歳)	
住所			
既往歴			
診断名・現症・経過			
褥瘡及び皮膚疾患の有無			
レントゲン所見・検査結果	直接	間接	
撮影	年	月	日
		※下記の検査は、必要のある場合のみ行ってください。	
		MRSA	()
		HCV	()
		HBS	()
入浴可否 (可 ・ 否)			
① 血圧			
② 入浴時の注意事項			
服薬について			
介護サービス利用にあたっての注意事項・情報			
上記の通り紹介します。		年	月 日
紹介先事業者名		様	
		医療機関名	
		住所	
		医師名	

※裏面に留意事項があります。

留 意 事 項

- 1、この診療情報提供書は、静岡市の介護保険サービスを利用される方について、健康保険法の規定に基づき、その方の保険医療機関である主治医から居宅介護支援事業者等に対して必要な情報提供を行う場合に利用できます。
- 2、介護保険サービスの利用に当たり、この診療情報提供書に記載された項目以外に、利用者の健康状態について把握する必要がある場合には、サービスを提供する事業者（施設）と利用者との間で協議していただくことになります。
- 3、皮膚疾患の項目は、疥癬等伝染性皮膚疾患の有無について記載して下さい。
- 4、利用者の健康状態などにより、レントゲン検査ができない場合には、胸部レントゲンの欄に斜線を引いて下さい。

「総合病院勤務医との連絡にあたって」

清水在宅医療・介護・福祉連絡会

【留意事項】

- ・原則として、総合病院に勤務する医師へ、直接連絡することは控える。
- ・利用者のケアプランの作成や変更にあたり、利用者の病状などを医師に相談する場合は、病院の相談窓口（下記参照）に連絡し、指示を仰ぐ。
- ・利用者の診察時に立ち会う場合は、緊急な場合を除き、事前に病院の相談窓口へ連絡する。

病院名		電話	F A X
静岡市立清水病院	地域医療支援室・相談窓口	054-336-1111（代）	
	在宅連携ホットライン	054-336-1241	054-336-1241
独立行政法人 地域医療機能推進機構 桜ヶ丘病院	地域連携室	054-353-5311（代）	054-353-5319
	退院調整室	054-353-5311（代）	
J A 静岡厚生連 清水厚生病院	病診連携室	054-366-3333（代）	