

医療(主治医・看護師等)と介護(ケアマネージャー等)の連携
— 意見照会書 —

医療機関名 _____

- _____ 先生御侍史 (医療・病状に係る内容)
- _____ 看護師・MSW・担当者 様 (ケアに係る内容)

現在、貴院入院・受診中の患者 _____ 様 (明・大・昭 年 月 日生)
の介護(予防)ケアプランの作成にあたり、介護(予防)サービス利用上の注意点等、下記内容についてご意見を頂きたく、何卒、よろしくお願い申し上げます

尚、ご意見の聴取においては、利用者様の同意をいただいております

*在宅での状況は、別紙「居宅サービス情報提供書(介護と医療の連携用)」をご参照下さい

平成 年 月 日 事業所名: _____
住所: _____
Tel: _____ Fax: _____
ケアプラン作成者名: _____

*下記についての情報提供をお願いいたします

現在の病名 _____ (入院期間 年 月 日～ 年 月 日)

主な既往歴 _____

感染症 有り・無し (感染症名 _____ 排菌部位 _____)

疾病・介護に関する _____

注意すべき事項 _____

必要な医療処置 1:尿管カテーテル 2:栄養チューブ 3:リハビリ 4:褥瘡及び皮膚処置
及び介護処置 5:その他(_____)

日常生活動作について *入浴時や運動時の血圧・体温などの制限、麻痺における注意点等を下記にご記入下さい。

入浴(血圧等) _____ 移乗・歩行 _____

運動・リハビリ _____ 食事(制限等) _____

処方薬 _____

福祉用具の必要性 (車椅子・ベッド・ _____)においては、

_____ のため必要と思われる。

その他 _____

※この意見照会書は、主治医と介護支援専門員の連携強化の為、
一般社団法人八尾市医師会・八尾市介護保険事業者連絡協議会
居宅介護支援事業者部会・八尾市高齢介護課の共同で作成されたものです。

平成 年 月 日

医療機関: _____

担当者: _____