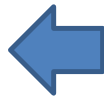


# 主治医・ケアマネ連携シート

古河市

記載日 令和 年 月 日

医療機関	
<input type="checkbox"/> 主治医	先生
<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー	様
<input type="checkbox"/>	様



依頼者（事業所等、氏名）	
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡先 TEL :	
FAX :	

## 1. 基本情報

ふりがな	性別（ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女）
利用者氏名	
住所 古河市	
生年月日 年 月 日 歳	電話
要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5

## 2. 照会・質問者記入欄【介護⇒主治医（医療）】

照会内容	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について	詳細内容・自由記載等
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスの導入、利用について <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 軽度者に対する福祉用具貸与について <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等 <input type="checkbox"/> その他	

※恐れ入りますが、令和 年 月 日（ ）までにご回答をお願いいたします

## 3. 主治医回答欄【主治医（医療）⇒介護】

記載日 令和 年 月 日

回答者	
回答方法	<input type="checkbox"/> 別紙で回答します <input type="checkbox"/> 下記に記載します <input type="checkbox"/> その他（ ）
回答内容	詳細内容・自由記載等
利用者に右記のような変化が起きたときは報告ください。	