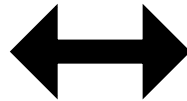


医療と介護の連携シート

(返送日 年 月 日)

(送付日 年 月 日)

医療機関名	笠岡市立市民病院
電話	0865-63-2193
FAX	0865-69-1510
地域医療連室	



事業者名	
電話	
FAX	
担当者	

ふりがな ()	生 年 月 日
患者名 (利用者名) 様	T S H R 年 月 日

※ 該当項目の □ へ ✓ を入れる

連携の目的	☐ 担当ケアマネージャーであることのご報告
	☐ 要介護認定申請についてのご連絡 現在の介護度 [] 認定期間 [~] ① ☐ 更新 ☐ 区分変更 (申請日 R 年 月 日)
	② ☐ 申請にあたりご本人の近況についてお知らせします。
	☐ ケアプラン作成にあたり、下記内容についてご相談したいことがありますのでご意見ください。
	☐ 福祉用具貸与(購入)について主治医のご意見・ご指示をいただきたい。
	☐ その他 → 下記連絡内容のとおりです。
連絡内容	
返答の要否	☐ 回答をお願いします。 R 年 月 日 頃までに回答願います。 ☐ 特に必要ありません。

本票の利用について

関係機関と情報を共有する事については、 ☐ ご本人・ご家族から承諾を得ております。
(R 年 月 日)

- ※ 外来受診をご希望の場合、診察時間内であれば直接病院へお問い合わせください。
- ※ この連絡票での返答は、診療報酬にある診療情報提供料は算定出来ませんのでご留意ください。
- ※ なお、診療情報提供料を算定する場合は、ご本人・ご家族の同意を得て頂く必要があります。

返答欄	
	R 年 月 日 氏名