

連携シートの取り扱いについて

大阪府医師会

<シート作成の意義>

○本会では、医師（かかりつけ医）と訪問看護師とが顔なじみになるためのきっかけのツールとして、大阪府訪問看護ステーション協議会と共同で、「医療・看護連携シート」を、また、医師（かかりつけ医）とケアマネジャーとが顔なじみになるためのきっかけのツールとして、（社）大阪介護支援専門員協会と共同で、「医療・介護連携シート」を、各々作成しました。

○両シートはいずれも、連絡を取り合うためのシートですので、これを契機に、医師（かかりつけ医）の先生方と訪問看護師さん、ケアマネジャーさんとが、有機的に連携されることを希望します。

<記入にあたっての注意点>

○個人情報保護法の趣旨に沿いまして、特に、ご利用者のお名前につきましては、ご留意下さい。

記入例： 大 ● 太 ▲ （またはイニシャルで記入）

<本シートの送付>

○本シートは、最初はFAXでのやり取りをお勧めします。

医療・看護連携シート

発信日：平成 年 月 日

返信日：平成 年 月 日

訪問看護師 ⇒ 医師

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

下記のご利用者様の介護保険における訪問看護を担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。先生のご都合をお伺いいたしたく、FAXにて連絡をさせていただきました。

ご利用者

様

1 担当になった事のお知らせです。

今後の連絡方法についてご希望をお知らせください。

2 ご相談したいことがあります。

訪問看護指示書依頼について

利用者の医療・病状の意見・指示について

必要物品の依頼について

その他（ ）

3 連絡及び報告（ ）

訪問看護事業所名

担当者名

TEL

FAX

担当者携帯番号

E-mail

*なお、この照会を行なうこと及び先生から情報提供を頂くことについては

ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日：平成 年 月 日

ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師 ⇒ 訪問看護師

(複数回答可)

【連絡方法】 TEL FAX 面談 E-mail 郵送

【曜日・時間帯】 診療時間中いつでも可 メールアドレス

希望曜日と時間帯

月 火 水 木 金 土の (: ~ :) 時頃

【連絡事項】 (ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。)

医療機関名

主治医

※ お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします

医療・介護連携シート

発信日：平成 年 月 日

返信日：平成 年 月 日

ケアマネジャー ⇒ 医師

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

下記のご利用者様の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。先生のご都合をお伺いいたしたく、FAXにて連絡をさせていただきました。

ご利用者

様

1 担当になった事のお知らせです。

今後の連絡方法についてご希望をお知らせください。

2 ご相談したいことがあります。

ケアプラン作成時の意見について その他 ()

利用者の医療・介護・病状の意見・指示について

サービス担当者会議における意見または開催について

福祉用具貸与（購入）における意見について

医療系サービス導入における意見・相談について

3 連絡及び報告 ()

居宅介護支援事業所名

担当者名

TEL

FAX

担当者携帯番号

E-mail

*なお、この照会を行なうこと及び先生から情報提供を頂くことについては

ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日：平成 年 月 日

ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師 ⇒ ケアマネジャー

(複数回答可)

【連絡方法】 TEL FAX 面談 E-mail 郵送

【曜日・時間帯】 診療時間中いつでも可 メールアドレス

希望曜日と時間帯

月 火 水 木 金 土の (: ~ :) 時頃

【連絡事項】 (ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。)

医療機関名

主治医

※ お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします