

福島区医療・介護連携シート

平成 年 月 日

医療機関名
電話番号
FAX番号
医 師



介護事業所名
住 所
電話番号
FAX番号
担当者

日頃より大変お世話になっております。利用者様について下記の相談が有りますので、お忙しいところ誠に恐れ入りますが、宜しくお願い致します。

◆利用者の情報

氏 名		生年月日	. .	性別
住 所		電 話		介護区分

◆介護支援専門員記入欄

紹介 目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の意見について	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催及び意見について
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）における医学的意見について	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスの導入にあたり医学的意見について	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶
	<input type="checkbox"/> その他	
〈相談内容等〉		

◆医師記入欄 回答（必要・不要） 返信希望日 年 月 日迄

平成 年 月 日 氏名