

一【茅ヶ崎寒川 医療・介護の連携用紙】記入例一※赤字は記入例で変更はありません

| 【茅ヶ崎寒川 医療・介護の連携用紙】   |                       |                                     | 依頼                  | 報告                       |        |
|--|-----------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------|
| 宛先   | Aクリニック                | 依頼日                                 | 年 月 日               |                          |        |
|  |                       | 事業所                                 | ○×居宅介護センター          |                          |        |
|  | A医師                   | 担当                                  | ○○ △△               |                          |        |
|  |                       | 住所                                  | ○○丁目 ○番 ○号          |                          |        |
|  |                       | 電話                                  | ○○-△△△△             |                          |        |
|  |                       | FAX                                 | ○○-△△△△             |                          |        |
| いつもお世話になっております。以下の内容につきましてご連絡いたします。  |                       |                                     |                     |                          |        |
| お忙しいところ恐縮ですが、本用紙をご都合の良い方法にてご返送いただければと思います。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。  |                       |                                     |                     |                          |        |
| 尚、この度の連絡につきましてはご本人またはご家族の承諾をいただいております。   |                       |                                     |                     |                          |        |
| 氏名   | イニシャルを記入<br>A・A       | ※ご本人の情報は電話で別途ご連絡いたします               |                     |                          |        |
| 件名   | 機能訓練の際の注意事項の有無について    |                                     |                     |                          |        |
| <ご相談内容>  |                       |                                     |                     |                          |        |
| いつもお世話になっております。  |                       |                                     |                     |                          |        |
| ご本人及びご家族からリハビリテーションをしたいとの希望があり、  |                       |                                     |                     |                          |        |
| 来月より通所リハビリテーションのサービスを追加したいと考えています。   |                       |                                     |                     |                          |        |
| サービスの中で機能訓練を実施するにあたり、運動制限などの注意事項があるようでしたら  |                       |                                     |                     |                          |        |
| ご連絡頂けますでしょうか。  |                       |                                     |                     |                          |        |
| <返信記入欄>  |                       |                                     |                     |                          |        |
| <input type="checkbox"/>   | 了承しました                | <input type="checkbox"/>            | 電話を下さい              | <input type="checkbox"/> | 直接会います |
| <input type="checkbox"/>   | 利用者のプラン計画等詳細情報を郵送ください | <input checked="" type="checkbox"/> | 上記相談内容について本用紙で回答します |                          |        |
| <input type="checkbox"/>   | カンファレンスの開催が必要です       | <input type="checkbox"/>            | その他                 |                          |        |
| 回答内容   |                       |                                     |                     |                          |        |
| 運動制限などの注意事項は特にありません。   |                       |                                     |                     |                          |        |
| <p>注意：この連携用紙は、主に診療所・クリニックの医師との連携用紙として利用する。病院との連絡に関しては、事前に連絡を入れ、後日患者氏名がフルネームで記載された用紙を郵送または持参することを原則とする。</p> |                       |                                     |                     |                          |        |
|  |                       |                                     | ○○年△△月□□日           |                          |        |
| 記入者  |                       |                                     | A医師                 |                          |        |