

医師とケアマネジャー情報連携シート (医療と介護サービスをつなぐ)

〇〇病院・医院・クリニック

〇〇 〇〇 先生

作成日: 年 月 日

主治医意見書を参考に、下記の支援内容を検討いたしましたので、御報告させていただきます。今後、利用者様を支援していくにあたり、報告や質問等を含め、連携をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

1 担当ケアマネジャー

氏 名		事業所名 連絡先	事業所名: 住 所: 電 話: FAX:
-----	--	-------------	-------------------------------

2 利用者情報

ふりがな		性 別	生年月日	家族構成
氏 名		男・女	T・S 年 月 日(歳)	
住 所 連絡先	住 所: 電 話:			
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			キーパースンの有無: 有・無

3 主治医意見書抜粋内容

【 年 月 日 医師作成意見書抜粋内容】
<現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその対処方針>
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲の低下 ☐ 徘徊
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能の低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染症 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()
<医学的管理の必要性>
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス ()
☐ 特記すべき項目なし
<サービス提供時における医学的観点からの留意事項>
・血圧 ☐ 特になし ☐ あり () ・摂食 ☐ 特になし ☐ あり ()
・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()
・運動 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()
<認知症自立度>

4 ADLや介護サービス等の利用状況・ケアマネジメントの方向性について

<ADL等の状況>
①移動 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ④食事摂取 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
②排泄 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ⑤口腔ケア ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
③服薬 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ⑥認知機能 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(その他、特筆すべき事項)
<介護サービス利用状況>
☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリテーション
☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 福祉用具貸与 ☐ 認知症対応型通所介護
☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐ 小規模多機能型居宅介護
<ケアマネジメントの方向性>

※本シートは、医療と介護が必要な状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができる地域を目指し、連携体制の構築・推進を目的に、「朝霞市在宅医療・介護連携推進会議」で作成しました。「朝霞市在宅医療・介護連携推進会議」は、医療・介護の専門職の代表者や行政関係者が集まり協議する会議です。

連絡票(質問表)

○医療現場と介護現場の連携にお役立てください。

○診断書等のように料金や診療報酬は発生しませんので、ご了承ください。

利用者氏名: _____ 様 生年月日: T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名: _____ 担当者氏名: _____

TEL: _____ FAX: _____

○報告及び質問事項 NO. _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

< 報告事項 > ・ < 質問事項 返信希望日: _____ 月 _____ 日まで > ☐ 電話指示でも差し支えありません

< 回答 >

< 必要性を有する医療系サービス >

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス (_____)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医氏名: _____

○報告及び質問事項 NO. _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

< 報告事項 > ・ < 質問事項 返信希望日: _____ 月 _____ 日まで > ☐ 電話指示でも差し支えありません

< 回答 >

< 必要性を有する医療系サービス >

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス (_____)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医氏名: _____

医師とケアマネジャー情報連携シート
(医療と介護サービスをつなぐ)

〇〇病院・医院・クリニック

〇〇 〇〇 先生

作成日： 年 月 日

※このページは印刷しないでください。

主治医意見書を参考に、下記の支援内容を検討いたしましたので、御報告させていただきます。今後、利用者様を支援していくにあたり、報告や質問等を含め、連携をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

病院名・担当医師名・作成日を入力してください。

1 担当ケアマネジャー

氏 名		事業所名 連絡先	事業所名： 住 所： 電 話： FAX：
-----	--	-------------	-------------------------------

1 担当ケアマネジャーについて
ケアマネジャーの氏名や事業所情報を入力してください。

2 利用者情報

ふりがな		性 別	生年月日	家族構成
氏 名		男・女	T・S 年 月 日(歳)	キーパーソンの有無： 有 ・ 無
住 所 連絡先	住 所： 電 話：			
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			

2 利用者情報について
利用者の基本情報を入力してください。

3 主治医意見書抜粋内容

【〇年●月〇日 〇〇医師作成意見書抜粋内容】
<現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその対処方針>
☐尿失禁 ☐転倒・骨折 ☐移動能力の低下 ☐褥瘡 ☐心肺機能の低下 ☐閉じこもり ☐意欲の低下 ☐徘徊
☐低栄養 ☐摂食・嚥下機能の低下 ☐脱水 ☐易感染症 ☐がん等による疼痛 ☐その他 ()

<医学的管理の必要性>
☐訪問診療 ☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐訪問薬剤管理指導
☐訪問リハビリテーション ☐短期入療養介護 ☐訪問歯科衛生指導 ☐訪問栄養食事指導
☐通所リハビリテーション ☐老人保健施設 ☐介護医療院 ☐その他の医療系サービス ()
☐特記すべき項目なし

<サービス提供時における医学的観点からの留意事項>
・血圧 ☐特になし ☐あり () ・摂食 ☐特になし ☐あり ()
・嚥下 ☐特になし ☐あり () ・移動 ☐特になし ☐あり ()
・運動 ☐特になし ☐あり () ・その他 ()

<認知症自立度>

3 主治医意見書抜粋内容について
①意見書作成日及び担当医師名を入力してください。
②主治医意見書の情報を転記してください。
※☐はレ点チェックをお願いします。「しかく」と入力し変換すると「☑」が出てきますので、活用ください。

4 ADLや介護サービス等の利用状況・ケアマネジメントの方向性について

<ADL等の状況> . . . ①
①移動 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ④食事摂取 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助
②排泄 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ⑤口腔ケア ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助
③服薬 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ⑥認知機能 ☐自立 ☐I ☐IIa ☐IIb ☐IIIa ☐IIIb ☐IV ☐M
(その他、特筆すべき事項) . . . ②

<介護サービス利用状況> . . . ③
☐訪問介護 ☐訪問入浴介護 ☐訪問リハビリテーション ☐訪問看護 ☐通所介護 ☐通所リハビリテーション
☐短期入所生活介護 ☐短期入所療養介護 ☐福祉用具貸与 ☐認知症対応型通所介護
☐定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐小規模多機能型居宅介護
<ケアマネジメントの方向性> . . . ④

4 ADLや介護サービス等の利用状況・ケアマネジメントの方向性について
①現在のADLの状況にレ点チェックを入れてください。
②ADLの状況で特筆すべき事項(医師に伝えたい情報)がある場合に記入してください。
ない場合は未記入で差し支えありません。
③サービス利用状況(予定含む)ものにレ点チェックを入れてください。
④分析結果を踏まえたケアマネジメントの方向性を入力してください。
※☐はレ点チェックをお願いします。「しかく」と入力し変換すると「☑」が出てきますので、活用ください。

【参 考】家族構成図等の作成にあたり、下記の図形をコピーして活用ください。



・「CTRL+C」でコピーができ、「CTRL+V」で貼り付けができます。
・細かい調整は矢印キーで図形を動かしてください。

※本シートは、医療と介護が必要な状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができる地域を目指し、連携体制の構築・推進を目的に、「朝霞市在宅医療・介護連携推進会議」で作成しました。「朝霞市在宅医療・介護連携推進会議」は、医療・介護の専門職の代表者や行政関係者が集まり協議する会議です。

連絡票(質問表)

○医療現場と介護現場の連携にお役立てください。
○診断書等のように**料金や診療報酬は発生しません**ので、ご了承ください。

※このページは印刷しないでください。

利用者氏名：

様

生年月日：T・S年 月 日

事業所名：担当者氏名：

TEL：FAX：

「利用者氏名・生年月日」、「作成事業名・担当者氏名・電話番号・FAX番号」を入力してください。

1枚につき、2回まで使用できる連絡票になっています。
通しのナンバーを入力し、報告事項もしくは質問事項がある際に、適宜ご使用ください。

○報告及び質問事項 NO. 記入日：年 月 日

< 報告事項 > ・ <質問事項 返信希望日： 月 日まで > ☐電話指示でも差し支えありません

・・・①

・・・②

<回答> ・・・①

<必要性を有する医療系サービス>

☐訪問診療☐訪問看護☐訪問歯科診療☐訪問薬剤管理指導

☐訪問リハビリテーション☐短期入療養介護☐訪問歯科衛生指導☐訪問栄養食事指導

☐通所リハビリテーション☐老人保健施設☐介護医療院☐その他の医療系サービス ()

記入日：年 月 日 担当医氏名： ・・・③

①報告事項・質問事項いずれかに○をし、質問事項については、返信希望日を入力してください。
なお、電話での回答でもよい場合は「☐電話指示でも差し支えありません」の☐にチェックを入れてください。「しかく」と入力し変換すると「☒」が出てきますので、活用ください。
②報告事項・質問事項を入力してください。
※○で囲む際は、図形を挿入してください。その際、印刷画面を見ると○がずれていることがありますので、印刷プレビューを見ながら適宜確認してください。
※改行は、ALTキー+ENTERキーです。

①質問事項に関する回答を入力してください。
②必要なサービスにレ点チェックをお願いします。「しかく」と入力し変換すると「☒」が出てきますので、活用ください。

○報告及び質問事項 NO. 記入日：年 月 日

< 報告事項 > ・ <質問事項 返信希望日： 月 日まで > ☐電話指示でも差し支えありません

<回答>

<必要性を有する医療系サービス>

☐訪問診療☐訪問看護☐訪問歯科診療☐訪問薬剤管理指導

☐訪問リハビリテーション☐短期入療養介護☐訪問歯科衛生指導☐訪問栄養食事指導

☐通所リハビリテーション☐老人保健施設☐介護医療院☐その他の医療系サービス ()

記入日：年 月 日 担当医氏名：

【参 考】下記の図形をコピーして活用ください。



- ・「CTRL+C」でコピーができ、「CTRL+V」で貼り付けができます。
- ・細かい調整は矢印キーで図形を動かしてください。

※本シートは、医療と介護が必要な状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができる地域を目指し、連携体制の構築・推進を目的に、「朝霞市在宅医療・介護連携推進会議」で作成しました。「朝霞市在宅医療・介護連携推進会議」は、医療・介護の専門職の代表者や行政関係者が集まり協議する会議です。

連絡票(質問表)

○医療現場と介護現場の連携にお役立てください。

○診断書等のように料金や診療報酬は発生しませんので、ご了承ください。

利用者氏名: _____ 様 生年月日: T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日
事業所名: _____ 担当者氏名: _____
TEL: _____ FAX: _____

○報告及び質問事項 NO. 1 (例)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

< 報告事項 > ・ < 質問事項 > 返信希望日: ●月 ○日まで > ☒ 電話指示でも差し支えありません

変形性膝関節症による膝痛のため、活動量が低下し、歩行能力の低下が見られています。痛みが出ない範囲で筋力等の向上を図ることが必要であると考え、通所リハビリテーションの導入を検討しております。必要性の有無及び注意事項について、下記の回答欄にご回答をお願いします。

< 回答 >

運動機会の確保による筋力・体力の維持向上が必要なため、通所リハビリテーションの利用は、適切と判断します。その際、痛みの有無や患部の腫れなどの注意し、リハビリを行ってください。

< 必要性を有する医療系サービス >

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導
☒ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス ()

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医氏名: _____

○報告及び質問事項 NO. 2 (例)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

< 報告事項 > ・ < 質問事項 > 返信希望日: _____ 月 _____ 日まで > ☐ 電話指示でも差し支えありません

通所リハビリテーションを導入して3か月になります。3か月前に比べると、歩行スピードが早くなり、長い距離を歩けるようになるなど、状態の改善がみられています。膝の痛みについても訴えが少なくなってきましたので、リハビリの一定程度の効果が出ていると感じています。引き続き、支援をしてまいります。
以上、ご報告となりますので、ご回答は不要です。診察時に気になる点等がありました、ご連絡ください。
よろしくお願いいたします。

< 回答 >

※ご回答は不要です。

< 必要性を有する医療系サービス >

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス ()

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医氏名: _____