様式１（ケアマネジャー等　⇒　医師）

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 医療機関名 |  | 担当医 | 先生 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 事業所名 |  | 担当者 | 職種：  氏名： |
| 電話番号  FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名  生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２  要介護１・２・３・４・５  申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  | | |
| 照会目的 | | □　新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の意見について | | |
| □　利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について | | |
| □　サービス担当者会議における意見について | | |
| □　医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など | | |
| □　利用者の下記状況についての相談 | | |
| □　担当ケアマネジャーになった挨拶 | | |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ＜サービス担当者会議における意見について＞ | | | | |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）**  **□返信は不要です** | | | | |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します |
| ＜回答・助言等＞  　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日) | |

**様式２（ケアマネジャー等　⇒　歯科医師）**

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 医療機関名 |  | 担当医 | 先生 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 事業所名 |  | 担当者 | 職種：  氏名： |
| 電話番号  FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名  生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２  要介護１・２・３・４・５  申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  | | |
| 照会目的 | | * 入れ歯の状態　　　⇒　□ 痛み　　□ 破損　　□ 作成　　□ 調子が悪い | | |
| * 歯の状態 　　⇒ □ 痛い　　□ むし歯　□ とれた　　□ ぐらぐらする | | |
| * 歯茎の状態　　　　⇒　□ 痛い　　□ 出血 　□ 腫れている | | |
| * 口腔ケアの状態　　⇒　□ 口臭　　□ 清掃 | | |
| * 口腔機能の状態　　⇒　□ 咀嚼機能　　□ 摂食嚥下機能　　□ 発音機能 | | |
| * 摂食状況　　　　　⇒　□ 経口摂取　　□ 経管栄養　　□ 胃瘻 | | |
| □　担当ケアマネジャーになった挨拶 | | |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ＜サービス担当者会議における意見について＞ | | | | |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）**  **□返信は不要です** | | | | |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します |
| ＜回答・助言等＞  　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日) | |

**様式３（ケアマネジャー等　⇔　薬剤師）**

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 薬局名  事業所名 |  | 担当者 | 様 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 薬局名  事業所名 |  | 担当者 | 職種：  氏名： |
| 電話番号  FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名  生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２  要介護１・２・３・４・５  申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  | | |
| 照会目的 | | * 飲み忘れ・飲み間違いがある ⇒ □ 服薬カレンダー　□ 一包化希望（□ 日付希望）   　　　　　　　　　　　　　　　□ 残薬への対応 | | |
| * 薬の量・回数を自分で調整している | | |
| * 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある | | |
| * 服薬困難・嚥下困難がある | | |
| * 薬剤による副作用が疑われる所見がある | | |
| * 処方薬について、患者（介護者）の要望がある | | |
| * 処方薬についての薬局（薬剤師）からの提案 | | |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 栄養摂取方法 | | * 経口　　□ 経管　　□ 中心静脈栄養 | | |
| ＜サービス担当者会議における意見について＞ | | | | |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）**  **□返信は不要です** | | | | |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します |
| ＜回答・助言等＞  　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日) | |

**様式６（自由様式）**

令和７年３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **宛先** | 医療機関名  事業所名 |  | 担当者 | 様 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **発信元** | 医療機関名  事業所名 |  | 担当者 | 職種：  氏名： |
| 電話番号  FAX番号 |  | E-mail |  |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　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がありますのでご連絡いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名  生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳）男・女 | 介護度 | 事業対象者　 要支援１・２  要介護１・２・３・４・５  申請中　　　未申請 |
| 住　　所 |  | | |
| ＜照会・相談内容等＞**※照会・相談内容等について、□返信をお願いします（　月　日頃まで）**  **□返信は不要です** | | | | |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します |
| □　直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| □　電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| □　文書で回答します |
| * メールで回答します |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）で回答します |
| ＜回答・助言等＞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(返信日　令和　　　年　　　月　　　日) | |