

大阪市西区連携シート

作成日:令和 年 月 日

発信元	
TEL	
FAX	
担当者名	



受信元	
TEL	
FAX	
担当者名	

平素はお世話になりありがとうございます。下記の利用者について先生からのご指導、ご意見を賜りたく連絡させていただきます。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答をお願い致します。

<利用者の情報>

氏名		男・女	要介護度	介護()・支援()
生年月日	大正・昭和 年 月 日	才	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
住所				

ご本人の同意について	<input type="checkbox"/> この照会を行うこと及び情報提供いただくことは同意を得ています。
	同意した日:令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

発信元	照会目的 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 要返信 <input type="checkbox"/> 不要
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療系サービスの導入について	<input type="checkbox"/> 福祉用具導入における医学的意見
	<input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況について	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアについて	<input type="checkbox"/> 薬局との連携について
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について	<input type="checkbox"/> その他
上記患者様の訪問リハの利用について、下記の質問に簡単で結構ですので回答をお願い致します。		

受信元	<input type="checkbox"/> FAXで回答	<input type="checkbox"/> 別文書で回答	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 電話で回答 (下さい・します) <input type="checkbox"/> 直接会って回答 (来院して下さい)		
	電話:面談日候補 第1候補: 月 日 時 分 第2候補: 月 日 時 分		
	①訪問リハビリは(必要 不必要) *いずれかに○をお願いします。		
②簡単で結構ですのでリハビリへの指示内容をお教え下さい			

上記の通り、回答します。

令和 年 月 日

文書料不要

西区医師会・西区歯科医師会・西区薬剤師会 承認

平成30年7月現在

※FAXを使用する場合は利用者の情報を記号・イニシャルにする等、個人情報の取り扱いに十分ご注意ください。