

ケアマネージャー等との連絡先一覧に係る項目について

1 座間市近隣病院 入院時情報提供書提出先一覧表

市町村名	病院名	住所・連絡先	担当部署	提出方法
		〒 tel fax		<ul style="list-style-type: none"> ・直接持参 ・FAX ・郵送 ・その他

2 座間市地域ケアマネタイム(ケアマネから診療所への連絡可能時間帯一覧)

名 称										
住 所	〒 座間市〇〇〇〇									
T e l	046-000-0000	メールアドレス								
F a x	046-000-0000	ホームページ								
院長名	〇〇〇〇									
診療科目										
診療時間		月	火	水	木	金	土	日	祝	特記事項
9:00~13:00		○	○	○	○	○	○	-	-	
15:00~18:00		○	○	○	-	○	-	-	-	
ケアマネとの連絡可能な時間	午前・午後診療後									
ケアマネとの連絡方法	電話・FAX対応可			相談窓口担当者 受付事務						
初回訪問看護指示書の依頼方法	家族・訪問看護ステーション・ケアマネ									
その他										

3 座間市指定居宅介護支援事業所及び市外の居宅介護支援事業所

包括	事業者名称	所在地	電話番号	得意とする分野
				<ul style="list-style-type: none"> ・医療介護両方 ・医療系 ・介護系

4 厚愛地区【医療機関別】ケアマネージャー等との連絡方法一覧

No.	医療機関名 (住所)		連絡先	時間帯			医師以外の連絡窓口 (担当者)
	医師名	ケアマネージャー等との連絡方法		曜日	時間	備考	

※「ご担当部署、ご担当者、書類の受取り方法、直通番号等、ケアマネージャーに注意してほしい点」を今後追加する予定

5 大和市内医療機関等情報一覧

病院・在宅療養支援診療所・診療所

地域 番号	病院情報			訪問診療情報		医師とケアマネとの連絡方法等		
	名称	電話 FAX Eメール	往診・時間 定期訪問・時間 在宅看取・時間 訪問地域	連絡方法 都合のよい時間 主治医意見書 訪問看護指示書	ケアマネとの連携			
	診療科目	Eメール	在宅看取・時間	主治医意見書				
	住所	午前・午後 診療時間	訪問地域	訪問看護指示書				
	診療時に対応する外国語		医療機関で在宅患者に行っているもの	サービス担当者会議への出席 サービス担当者会議参加しやすい日程・時間	介護認定後情報			
	バリアフリー	休診日	在宅で管理しているもの	医師がケアマネから欲しい情報				

歯科診療所

地域 番号	歯科診療所情報				訪問診療情報		医師とケアマネとの連絡方法等	
	名称	診療科目	住所	診療時間	訪問診療	訪問時間	連絡方法	連絡時間
					訪問診療	訪問時間	連絡方法	連絡時間
					訪問地域	バリアフリー	サービス担当者会議への出席	
					歯科衛生士による口腔ケア	休診日	サービス担当者会議参加しやすい日程・時間	
					他院の患者の訪問歯科診療		ケアマネから欲しい情報	

5 大和市内医療機関等情報一覧

薬局

地域番号		薬局情報		在宅情報	
名称		診療時に対応する外国語		居宅療養管理指導料の算定	
住所		車椅子来客		在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定	
電話		かかりつけ薬局機能		24時間対応可能な体制	
FAX		薬や健康の相談		サービス担当者会議への出席	
定休日		介護や福祉の相談		医療用医薬	

訪問看護ステーション

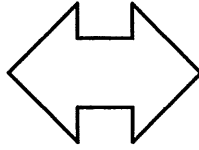
地域番号		訪問看護ステーション情報		在宅医療情報	
名称		土日祝日の体制 年末年始の休み		24時間対応可能な体制	ターミナル
住所		リハビリスタッフ		新規契約の受入可能な時間帯	人工呼吸器の装着
電話				在宅での看取り	精神疾患
FAX				訪問時の交通費(医療)	難病
対応する外国語		訪問地域		ケアマネから欲しい情報	小児

個人情報のため取扱注意

主治医・ケアマネジャー・地域包括支援センター連絡票

※地域包括支援センターは、行政からの委託機関で、介護認定の申請の支援や介護予防のケアプラン(要支援)の作成などを行います。

ケアマネジャー・地域包括支援センター	
事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



主治医	
医療機関名	
主治医名	
医療相談員名	
電話番号	
FAX番号	

【利用者様の基本情報】

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名		性別	男	女	電話
住所					

【ケアマネジャー・地域包括支援センター 記載欄】

連絡内容	<input type="checkbox"/> 受診時同行希望	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ	<input type="checkbox"/> 返信
連絡事項					
返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要	記載日	年	月
				日	

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに主治医との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【医師記載欄】

連絡内容	<input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ
詳細	<input type="checkbox"/> 次回受診時に同行してください。 <input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃に来院してください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> このFAXで回答します。			
連絡事項				
返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要	記載日	年
				月
				日

患者相談・依頼票

		受付者						
		受付日	年 月 日()					
依頼者	医療機関・事業所名	担当者名						
	電話	FAX						
ふりがな		性別	生年月日					
対象者名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日 歳					
住所	大和市							
本人電話	自宅		携帯					
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
介護者名 (キーパーソン)		関係		電話				
疾病(傷病)名 (既往歴含む)								
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状)						
経過								
内服薬及び外用薬								
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(扶養も含む)							
	<input type="checkbox"/> 生活保護(担当者名) <input type="checkbox"/> 医療助成(有・無:種別)							
介護保険	介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中		事業所名				
	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		ケアマネジャー 氏名				
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		電話				
現在利用の介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス(週 回 曜日)		<input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回 曜日)					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回 曜日)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回 曜日)					
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> 訪問薬局(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
	<input type="checkbox"/> ショートステイ()		<input type="checkbox"/> その他()					
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミサー <input type="checkbox"/> 経管栄養	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミサー				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具)						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
		(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パルチェーブ <input type="checkbox"/> ストマ)						
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	尿失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可()			
視力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無()		聴力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無()				
現在の主治医	病院・診療所名							
	科名		担当医					
今後の連携								
緊急時の搬送先								

入院時情報提供書

座間市

	病院
	様

事業所名	
TEL	
FAX	
携帯電話	
担当者名	

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようお願い致します。

入院日 令和 年 月 日 情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		生年 月日	M T S 年 月 日	住所 歳			
緊急連絡先	① (続柄) ② (続柄) 住所 住所 Tel Tel			TEL	家族構成 □男性○女性(年齢) 罫線で結ぶ 同居を○ キーパーソンは★ 主たる介護者は(主) 本人は◎		
かかりつけ医 (連絡先)	① ② Tel Tel						
既往歴							
介護保険	申請中(/ 付) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	生保 受給	無・有 担当:		訪問看護	回/週	
保険情報	介護保険 ()割 国保 ()割 後期高齢 ()割 社保 ()割				訪問介護	回/週	
医療証	障害: 有・無() 級	特疾: 有・無			訪問入浴	回/週	
【自宅での生活状況】					訪問リハ	回/週	
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	回数	移動	通所介護	回/週 ()	回/週
	形態	主食: 常食・粥・ペースト			通所リハ	回/週 ()	回/週
		副食: 常食・刻み・ソフト・ペースト			短期入所	福祉用具	
	方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下: むせない・時々むせる・常にむせる					
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助		移動	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助	
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助			起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	
	失禁	無・有(常・時々・まれに)			立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	
	方法	トイレ・PTイレ・おむつ・リハビリパンツ・尿器・カテーテル類			座位	自立・見守り・一部介助・全介助	
清潔	保清	自立・見守り・一部介助・全介助		移動	立位	自立・見守り・一部介助・全介助	
	方法	一般浴・機械浴・清拭			移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	
コミュニケーション	言葉	話せない・話せる		認知・精神面	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	
	意思伝達	できない・できる(伝達方法:)			移乗手段	独歩・伝い歩き・杖・シルバーカー 歩行器・車いす・ストレッチャー	
	聴覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能			整容	自立・見守り・一部介助・全介助	
	視覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能			更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	
ケア	自立・見守り・一部介助・全介助 義歯: 無・有(上: 無・有 下: 無・有)			睡眠	良眠・不眠 薬の服用: 無・有()		
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助			認知症: 無・有			
褥瘡	無・有(部位:)	皮膚疾患	無・有(部位:)	専門医への受診: 無・有()			
医療的処置	膀胱留置カテーテル 膀胱瘻 腎瘻 ストマ(消化管・尿路) 在宅酸素(L) 人工呼吸器 インシュリン注射(自己注射可・不可) 中心静脈栄養 疼痛管理 喀痰吸引			精神疾患: 無・有()			
その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)							

※本情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

(案) 入院時情報提供書

厚木市

病院様

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

Table with columns: 事業者名, TEL, FAX, 携帯電話, 担当者名

書類作成日 令和 年 月 日

入院日 令和 年 月 日

情報提供日 令和 年 月 日

Main form containing personal information, insurance status, and medical history.

【自宅での生活状況】 ※項目の評価は、自立・見守(=見守り)・一部(=一部介助)・全(=全介助)の4段階

Detailed form for home life status covering areas like nutrition, mobility, cognition, and medication management.

その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)

(案)

厚木市

医師とケアマネジャーとの連絡票

発信日：令和 年 月 日

※ 令和 年 月 日 までに返信願います。

宛 先	医療機関名	介護事業所名 (名刺を貼ることもできます。) 住 所 TEL FAX MAIL 氏 名	り し ろ
	住 所		
	医 師		
	先生(宛)		

日頃から大変お世話になっております。下記の件につきましてご連絡いたします。なお、ご都合の良い連絡方法等によりご回答いただきますようお願いいたします。

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きまして、

ご本人・ご家族の同意を得てご連絡いたします。 同意日 令和 年 月 日

ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、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	ふりがな 氏 名		介護度	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	住 所		TEL	- -
	生年月日	年 月 日	生 (歳)	男・女
照会 目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について 又は、ケアプランの原案へのご意見について			
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議(照会)開催の連絡、専門的な見地からのご意見の確認について			
	<input type="checkbox"/> 服薬状況等について			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶			
<input type="checkbox"/> その他(下記のとおりです)				
<相談内容等>				
<input type="checkbox"/> 連絡、確認のみ(受信確認欄へのチェックのみで結構です) <input type="checkbox"/> 上記の件についてご回答のほどよろしく願います 担当ケアマネジャー名				

医師からの回答(返信)

※この連絡票の回答では、診察情報提供料の算定はできません。

連絡 方法等	<input type="checkbox"/> 受信、ケアプランを確認しました ※「連絡、確認のみ」への返信
	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時 月 日 時頃に来てください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時 月 日 時頃に電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 別途、メールで回答します
	<input type="checkbox"/> 文書(FAX)で回答します(下記のとおりです)
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席しません ⇒通信欄へご意見願います。	
<通信欄>	
令和 年 月 日 氏名(自署)	