

FAX

主治医との連絡票（医師 ⇄ ケアマネジャー）

2019 年 2 月 1 日

医療機関名： 南神田クリニック	居宅介護支援事業所名： MYケアセンター
医師： 丸の内太郎	担当CM： 千代田フジ子
先生	〒100-0000 東京都千代田区南神田1-1-1
	電話： 0123-456-789
	FAX： 0123-456-789

件名： ① 明 ● 花 ● 様の件について

いつもお世話になっております。
利用者様の下記状況についてのご相談につきまして、ご連絡させていただきます。

個人情報保護のため、利用者様のお名前はフルネームではなく、一部を伏せると良いでしょう。

利用者様（患者様）

ふりがな めい ● はな ●

【入力ポイント】

①を入力すると、自動的に
②にも反映されます。

氏 名 明 ● 花 ● ②

生年月日 昭和 4 年 1 月 1 日生（ 90 歳） 男 ・ 女

ご相談内容

- ☐ ケアプラン作成（ 新規 ・ 更新 ・ 区分変更後 ）について
- ☐ 利用者の医療・看護・介護・症状について
- ☐ サービス担当者会議について
- ☐ 福祉用具貸与（購入）について
- ☐ 医療系サービスの導入について
- ☒ 利用者の下記状況についての相談
- ☐ その他

《詳細内容》

週1回のデイサービスで、直近の2回ほど血圧が高く入浴できませんでした。1/24（木）、1/31（木）共に血圧190/85でした。
入浴可能な数値をお知らせ頂けますでしょうか？

医師からの回答

- ☐ 直接会って話しをします（日時： 月 日 時頃来院ください）
- ☐ 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）
- ☐ FAXで回答します

《備考》