

介護保険にかかわる

医療・介護連携書式



在宅医療・介護連携支援室ポータル

酒田市高齢者支援課 庄内町保健福祉課 遊佐町健康福祉課

目 次

1	介護保険関連書式一覧（この冊子に掲載したもの）	P 1
2	介護保険連絡表（1）（2） 診療情報提供書（居宅介護支援事業所等向け）	P 2
3	入院時情報提供書	P 9
4	退院・退所情報提供書	P 11
5	診療情報提供書（介護老人保健施設用）	P 13
6	介護保険用健康診断書	P 15
7	その他の介護保険関連書式	P 17
	訪問看護関連	
	訪問リハビリテーション関連	
	居宅サービス計画関連	
8	北庄内各医療機関の介護保険関係連絡窓口	P 25

1 介護保険関連書式一覧（この冊子に掲載したもの）

（2018年4月 現在）

書式の名称	使用目的など	書類作成者	書類提出先	保険 等 費用負担	掲載 ページ
介護保険連絡票(1)	○(1) ケアマネ⇒医師 の連絡に用いる。	ケアマネ	医師	なし	6
介護保険連絡票(2)	○(2) ケアマネ⇄医師 の連絡に用いる。 (FAX・Email などを用いても可)	ケアマネ 医師	医師 ケアマネ		7
診療情報提供書 (支援事業所向け)	○ケアマネが介護保険連絡票では問 い合わせられない詳細な診療情報を必要 とする時、医療機関に依頼するため に用いる。	医師	ケアマネ	医療保険 (250点)	8
入院時情報提供書	○利用者が入院の際、ケアマネが医療 機関に在宅での生活状況・サービス利 用状況等を情報提供するために用い る。	ケアマネ	医療機関	介護保険 (200単位又 は100単位)	10
退院・退所情報提供書	○利用者が退院・退所の際、ケアマネ が医療機関等から利用者に関する必要 な情報を得るために用いる。	ケアマネ	なし (ケアマネ保 管)	介護保険 (450単位又 は600単位)	12
診療情報提供書 (介護老人保健施設用)	○介護老人保健施設サービス利用時 に必要とする事業所に医療機関が提 出する。 (または事業者から医療機関に依頼)	医師	介護老人保 健施設	医療保険 (250点又は 450点)	14
介護保険用健康診断書	○居宅系および介護老人福祉施設 サービス利用時に必要とする事業所が 医療機関に依頼する。	医師	居宅介護支 援事業者 介護老人福 祉施設 等	自費 (費用は各医 療機関で異 なります)	16
訪問看護指示書 (訪問点滴注射指示書)	○訪問看護利用時に訪問看護ステー ションへの指示に用いる。	医師	訪問看護師 (訪問看護ス テーション)	医療保険 (300点)	18
特別訪問看護指示書 (訪問点滴注射指示書)	○急性増悪・終末期の訪問看護必要 時に訪問看護ステーションへの指示に 用いる。	医師	訪問看護師 (訪問看護ス テーション)	医療保険 加算 (100点)	19
訪問看護報告書	○訪問看護師⇒医師 への報告に用いる。	訪問看護師 (ステーション)	医師		20
訪問リハビリ指示書	○指定の様式はない →介護保険連絡票(2)を用いる。	医師	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	なし	7
訪問リハビリ連絡票	○リハビリ担当者⇄医師 への連絡に用いる。	理学療法士 等 医師	医師 理学療法士 等	なし	21
訪問リハビリ報告書	○リハビリ担当者⇒医師 への報告に用いる。	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	医師	なし	22
居宅サービス計画書(1)	○指定の様式を使用する。	ケアマネ	利用者	なし	23
居宅サービス計画書(2)			介護サービス 事業者		24

※各医療機関では、この冊子に掲載された様式以外の書面を使用する場合がありますので、ご了解ください。

2 介護保険連絡票（１）（２）

診療情報提供書（居宅介護支援事業所等向け）

■介護保険連絡票の使用にあたって

- この連絡票は介護保険サービス利用者（以下、利用者）が安心して在宅生活を送ることができるように、担当ケアマネジャーが主治医に対してサービス利用上の留意点や適否、サービス担当者会議への出欠の問い合わせ、その他の簡易な連絡・問い合わせ・依頼を行うための連絡票です。
- ケアマネジャーが主治医との連絡・調整を行う手段の一つとして活用してください。
- この連絡票は、皆様のご意見をいただきながら、より良いものにしていきたいと思えます。ご意見等がありましたら市町介護保険担当課へ連絡してください。

■注意点

- 介護保険連絡票を利用した情報の共有にあたっては、「個人情報の保護に関する法律」、「医療・介護事業者における個人情報の適切な取り扱いの為にガイドライン」を遵守し、個人情報の取り扱いには十分に留意してください。
- 介護保険連絡票は病状、治療状況、検査結果、処方内容等の診療情報に関する照会には使用できません。介護保険連絡票の記載内容以外の診療情報を求める場合は、診療情報提供書（居宅介護支援事業所等向け）を利用してください。またその際には、利用者又は家族に費用負担が生ずることの了解を得てください。
- 各医療機関の介護保険関係連絡窓口を確認の上、連絡してください。
Fax を利用する場合には、宛先医療機関に電話後に Fax を送信するようにし、誤信しないように注意してください。

■連絡票（１）

○目 的 ケアマネジャーが利用者の担当となった時に、今後の療養生活を支えるケアチームを主治医に連絡しサービス内容を確認してもらう時、また、主治医宛への簡単な連絡に使用してください。

○記入にあたって

【ケアマネジャー】

- （１） 依頼日、依頼先、依頼元を記入してください。
- （２） 連絡の目的について □ にチェックを記入してください。
- （３） 利用者情報、現在利用している介護保険サービス内容、頻度について記入してください。また、サービスが変更になる場合は、変更点を備考欄に記入してください。
- （４） その他、主治医への連絡事項がある場合は下段に記入してください。ただし、記入にあたっては連絡内容を簡潔に箇条書きで記入してください。

○返信について

- （１） この連絡票では、原則主治医からの返信は求めないものとします。

■連絡票（２）

○目 的 ケアプランに医療系サービスを位置づける場合や福祉用具貸与、住宅改修等で主治医の意見が必要な時に使用してください。また、サービス担当者会議の案内をする場合にも使用してください。

○記入にあたって

【ケアマネジャー】

- （１） 依頼日、依頼先、依頼元、利用者情報を記入してください（FAX番号を忘れずに）。
- （２） 問い合わせ事項欄の□にチェックを記入してください。
- （３） その他、主治医への連絡事項がある場合は下段に記入してください。ただし、記入にあたっては連絡内容を簡潔に箇条書きで記入してください。また、この連絡票では診療情報に関する問い合わせはできませんので、注意してください。

【主治医】

- （１） ケアマネジャーの照会事項（介護保険サービス利用上の留意点、サービス内容の適否、福祉用具の要否、サービス担当者会議の出欠）、および問い合わせに対する回答について記入してください。

○返信について

- （１） 主治医は可能な限り、上段返信希望日まで返信をしてください。

■診療情報提供書（居宅介護支援事業所等向け）

○目的 介護保険連絡票で問い合わせることができない診療情報に関する照会が必要な時に使用してください。

○使用にあたって【ケアマネジャー】

- （１）利用者又は家族に診療情報の提供を求めること及び、費用負担が発生することの了解を得てください。
- （２）各医療機関の介護保険関係連絡窓口を確認の上、連絡してください。

ケアマネジャーのための医師との連携 Q&A

Q1

主治医との連携を始めるには、どのようにすれば良いのでしょうか？

（回答）

まずは、自分が担当のケアマネジャーであることを主治医に伝えてください。

主治医には、患者さんの担当ケアマネジャーが誰であるかを知る方法がありません。情報交換を始める前に、まずは自分がケアマネジャーであることを伝えておく必要があります。介護保険連絡票を利用し、主治医に担当ケアマネジャーであることを伝えてもよいでしょう。



ワンポイントアドバイス①

緊急時に主治医とスムーズな対応ができるよう、当初からケアマネジャーであることを知っておいてもらうことが大切です。

Q2

主治医に連絡をするには、どのような方法がよいのでしょうか？

（回答）

各医療機関の介護保険関係連絡窓口を参照し、連絡を取るようにしてください。

FAX を送る場合には、事前に電話連絡の上、FAX するようにしてください。

Q3

主治医に助言をいただくために、利用者の受診に同行してもよいのでしょうか？

（回答）

受診に同行する場合は、必ずアポイントを取り、当日は身分の分かるものを携帯してください。



ワンポイントアドバイス②

介護保険連絡票の連絡欄に、「○月○日の△△様の受診に同行します。」と記入し主治医に伝えても良いでしょう。

Q4

サービス担当者会議に出席してもらえますか？

(回答)

全て出席できるとは限りませんが、遠慮なく声をおかけください。

サービス担当者会議では何が話されるのかを主治医に伝えてください。会議の趣旨、内容が分かれば、参加できなくても必要な情報を提供していただける場合があります。



ワンポイントアドバイス③

介護保険連絡票を利用し、サービス担当者会議への参加の出欠席、サービス利用の可否、その他助言いただきたい事項を記載し主治医に照会すると良いでしょう。

Q5

主治医から利用者についての助言をいただくためのコツを教えてください。

(回答)

主治医から医療情報や助言をいただく時の手順として、

- ①各医療機関の介護保険連絡受付窓口を参照し、相談の依頼と相談方法を確認。
- ②相談事項は、要件を整理し、簡潔にまとめる。
- ③主治医から指定された方法で相談を行う。



ワンポイントアドバイス④

主治医と顔の見える関係になっておくと、連絡が取りやすくなります。電話、FAX、E-mail の活用の前に一度挨拶にお伺いするのも良いですね。

問い合わせ例

○デイサービスでの入浴を予定していますが、血圧が高めで経過しています。どの位の血圧で、入浴中止を考慮したらよいのでしょうか。その他、入浴についての注意事項があれば、教えてください。

→ 入浴中止 血圧_____mm Hg 以上 その他注意事項（ ）

介護保険連絡票(1)

< ケアマネジャー ⇒ 医師 >

依 頼 日
令 和 年 月 日

<依頼先 医療機関・担当医師>

医療機関名

担当医師名

殿

<依頼元 居宅介護支援事業者・担当ケアマネジャー>

事業所名

住 所

TEL - - FAX - -

担当ケア
マネジャー

- ☐ この度先生が診察されている下記の患者様よりご依頼を受け、居宅介護支援計画(ケアプラン)を作成(変更)することになりましたのでよろしくお願いします。
- ☐ 下記の介護サービス利用者様のケアプランが下記のように変更になりましたのでよろしくお願いします。
- ☐ 先生に連絡事項がありますのでよろしくお願いします。

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 (歳)	要介護認定	自立 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
日常生活自立度	自立 J(1 2) A(1 2) B(1 2) C(1 2)	認知症自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

【ケアマネジャー記入欄】

利用しているサービスの内容	利用状況	備 考
☐ 訪問介護	回/月 (曜日)	
☐ 訪問入浴	回/月 (曜日)	
☐ 訪問看護	回/月 (曜日)	
☐ 訪問リハビリテーション	回/月 (曜日)	
☐ 通所介護[デイサービス]	回/月 (曜日)	
☐ 通所リハビリテーション[デイケア]	回/月 (曜日)	
☐ 短期入所[ショートステイ](生活介護・療養介護)	(利用) なし ・ あり	
☐ その他()		
☐ 介護・福祉用具の貸与 (ベッド ・ 車いす ・)	(貸与) なし ・ あり	

(担当医師への連絡事項)

①

②

③

介護保険連絡票(2) < ケアマネジャー ⇄ 医師 >

依 頼 日
 令 和 年 月 日

<依頼先 医療機関・担当医師>

医療機関名

担当医師名

殿

<依頼元 居宅介護支援事業者・担当ケアマネジャー>

事業所名

住 所

TEL - - FAX - -

担当ケア
 マネジャー

下記の介護保険サービス利用者について先生のご意見を伺いたくご連絡申し上げます。
 大変お忙しいところ申し訳ありませんが、ご回答は(年 月 日)までをお願いいたします。
 この照会を行うこと、情報提供をいただくことについて、本人またはご家族から(年 月 日)
 にあらかじめ同意をいただいております。

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 (歳)	要介護認定	自立 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
日常生活自立度	自立 J(1 2) A(1 2) B(1 2) C(1 2)	認知症自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

【連絡の内容が以下に記載されている事項に当てはまる場合】

ケアマネジャーからの連絡・問い合わせ・依頼の内容	担当医師からの回答の内容	担当医師からの連絡・意見
☐ 介護保険新規・更新のため	サービス利用上の留意点（なし・あり） （ありの場合は連絡・意見欄に記入してください）	
☐ 病状・状態変化（区分変更）のため		
☐ 訪問入浴	適 ・ 否	
☐ 訪問看護		
☐ 訪問リハビリテーション		
☐ 通所介護[デイサービス]		
☐ 通所リハビリテーション[デイケア]		
☐ 短期入所[ショートステイ]（生活介護・療養介護）		
☐ 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	要 ・ 否	
☐ 介護・福祉用具の要否について （ ベッド ・ 車いす ・ ）		
☐ サービス担当者会議について （令和 年 月 日 時 ）	出席 ・ 欠席	（場所）

【連絡の内容が複雑で上に記載されている事項に当てはまらない場合】

<担当ケアマネは回答が「適・否」「可・不可」などで済ませられる場合は、依頼の内容欄に問い合わせ内容を簡潔に記載し、回答の内容欄に選択肢をあらかじめ記載し○を付ければ済むような形式で提出してください。>

(ケアマネジャーからの連絡・問い合わせ・依頼の内容)

(担当医師からの連絡・意見・回答の内容)

回答・意見記載日 令和 年 月 日 担当医師

診療情報提供書 (居宅介護支援事業者等向け)

作成日
令和 年 月 日

<情報提出先事業所>

事業所名

<紹介元 医療機関>

医療機関名

住所

電話(FAX)

担当医師名

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	職 業	
身長・体重	身長 cm 体重 kg		

【治療状況】

情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日：S・H・R 年 月 日 発症日：S・H・R 年 月 日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状態			
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院の場合	入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日
必要と考える介護福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			

【自立度】

障害高齢者の生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

3 入院時情報提供書

■入院時情報連携加算について

- 利用者が入院する際に、ケアマネジャーが医療機関の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境、サービスの利用状況などの情報を入院後 3 日以内に情報提供を行った場合は（Ⅰ）、7 日以内に情報提供を行った場合は（Ⅱ）を、1 か月に 1 回算定することができます。
- 情報提供の方法による差（訪問とそれ以外）は設けないこととなりましたが、ケアマネジャーが医療機関に出向いて積極的に連携を図り、顔の見える関係づくりが重要です。

■入院時情報提供書の使用にあたって

- 情報提供する事に対する利用者や家族の同意を事前にとっておくことが前提です。同意を得たことを併せて記録しておく必要があります。
- 入院時情報連携加算の算定に必要な所定の情報を網羅した北庄内独自の様式を提示します。国から参考様式が提示されていますが、北庄内の医療機関に対して入院時情報提供書を提出する場合は、できるだけこの書式を使用してください。
- この様式を提出した場合には、居宅介護支援経過（第5表）等に具体的に記載（日時、場所、提供手段、病院の名称、病棟名、情報提供を受けた職員の名前が分かればその氏名等）するとともに情報提供書の写しを添付するか、入院時情報提供書の余白に上記の具体的内容を記録し保存してください。
- 入院時情報提供書の提出は、原則手渡しとします。
- 手渡しできない場合は Fax もしくは郵送でも可能です。その場合は「入院時情報提供書送付のご案内」を一緒に送信または同封し、確認日を記入、受け取りチェックをして返信していただいた後保管してください。

入院時情報提供書

＜ケアマネジャー⇒医療機関＞

作成日
令和 年 月 日

＜報告先＞

医療機関名

御中

＜提供元 指定居宅介護事業者・担当ケアマネジャー＞

事業所名

住所

TEL - - FAX - -

担当ケア
マネジャー

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
入 院 日	R 年 月 日	身障がい者手帳の有無	
		有 ・ 無	
要介護認定	申請中 , 自立 , 要支援(1 2) , 要介護(1 2 3 4 5)		

【心身の状況・サービス利用状況】

食 事	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ その他 (ペースト ・ 刻 み ・ ソフト食 ・ 普 通／経管栄養)	(介助内容)
口 腔 ケ ア	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ その他	(介助内容)
移 動	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ その他 (見守り ・ 手引き ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子)	(独自の方法・転倒危険・移乗)
入 浴	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ 不 可 (シャワー ・ 清拭) (自宅 ・ 通所 ・ 訪問入浴)	(介助内容)
排 泄	自 立 ・ 見守り ・ 介 助／オムツ(常 時 ・ 夜間のみ) (トイレ ・ ポータブル)	(留置カテーテル等)
認 知 機 能	短期記憶 問題あり ・ なし 意志決定 自立 ・ いくらか困難 ・ 見守りが必要 ・ 判断できない	(特記事項)
利用しているサービス	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 短期入所(生活・療養) ☐ その他() ☐ 介護・福祉用具貸与(ベッド・車いす・)	
特 記 事 項		

【生活環境】

住 居	一戸建て 集合住宅	階	住宅改修	無 ・ 有 (有:下に改修内容を記載)	(居宅環境の問題点)
家族構成	独 居 ・ 高齢者世帯 ・ 同 居 ()				(留意事項)
主 たる 介 護 者	フリガナ	続柄	☐ 同居	連絡先	☐ 本人と同じ
	氏 名 様		☐ 別居	電話()	
キー パーソン	フリガナ	続柄	☐ 同居	連絡先	☐ 本人と同じ
	氏 名 様		☐ 別居	電話()	

【退院後の生活・介護に関する本人・家族の意向、心身の状況が低下した場合に予想される問題点】

本人・家族の意向 予想される 問題点	
--------------------------	--

【かかりつけ医】

医療機関名		担当医師名
-------	--	-------

【かかりつけ歯科医】

医療機関名		1. 定期通院 2. 必要時に通院 (どちらかに○) OHATスコア 点
担当医師名		

入院時情報提供書送付のご案内

日付	令和 2 年 11 月 9 日 (月)		
送信先	日本海総合病院 FAX: 0234-26-5137		
送信枚数	2 枚 (本紙含む)	患者名	〇〇〇〇 様

送信元	居宅介護支援事業所名 〇〇〇〇	所在市町	〇〇〇
担当者	担当ケアマネジャー 〇〇〇〇		
電話	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	FAX	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

連 絡 事 項
いつもお世話になっております。
別紙の通り、当該患者の入院に際し情報提供させていただきます。
ご確認いただきましたら、用紙下部に日付とチェックを入れて
ご返信くださいますようお願い致します。
なお、郵送の場合も本用紙を同封いたしますので、
同じくFAXにてご返信いただきますよう、お願い致します。
※送付の書類に心当たりがない場合※
恐れ入りますが送信元へご連絡いただくと共に、書類を破棄して頂くようお願い致します。
確認日 年 月 日
<input style="width: 30px; height: 30px; margin-right: 10px;" type="checkbox"/> 入院時情報提供書を受け取りました
(四角の中に✓を入れて返信してください)

4 退院・退所情報提供書

■退院・退所加算

- 退院・退所加算は、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、退院・退所時に病院等と利用者に関する必要な情報共有等を行う際の評価を行うものです。
 - 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定できます。ただし「連携3回」算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加し、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合であり、入院又は入所期間中につき1回を限度に算定できることになっています。
- 上記会議に参加した場合は、会議の要点等について居宅サービス計画に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付しておく必要があります。

■退院・退所情報提供書の使用にあたって

- 厚生労働省で例示した標準様式に準じた様式を提示します。退院・退所加算を算定する場合（上記会議に参加する場合を除く）はこの書式を使用してください。
- この情報提供書については、ケアマネジャーが病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、適切な居宅サービス計画の作成に資するために、利用者に関する必要な情報の提供を得るためのものです。その趣旨を踏まえ、この情報提供書については、ケアマネジャーが記入する事を前提としています。
- この情報提供書については、入院先の医療機関へ訪問してカンファレンスに参加するなど、必ず医療機関等の職員と面談の上、情報収集をしてください。

退院・退所情報提供書 (ケアマネジャー 保管)

面 談 日
令 和 年 月 日

<指定居宅介護支援事業者・担当ケアマネジャー>

事 業 所 名	
住 所	
TEL - - FAX - -	
担当ケア マネジャー	

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様 (男 女)	住 所	
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
入院(所)期間	入院(所)日 年 月 日 ~ 退院(所)(予定)日 年 月 日		

【疾病の状態】

	入院・入所中の状況	特記事項
主 病 名		(感染症等)
主 症 状		
既 往 歴		
服 薬 状 況	(自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ その他)	

【生活機能の状態】

	入院・入所中の状況	特記事項
食 事	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ その他 (ペースト ・ 刻 み ・ ソフト食 ・ 普 通／経管栄養)	
口 腔 ケ ア	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ その他	
移 動	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ その他 (見守り ・ 手引き ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子)	(独自の方法・転倒危険)
入 浴	自 立 ・ 一部介助 ・ 介 助 ・ 不 可	
排 泄	自 立 ・ 見守り ・ 介 助／オムツ(常 時 ・ 夜間のみ) (トイレ ・ ポータブル)	(留置カテーテル等)
認 知 症	認知症 有 ・ 無 長谷川式スケール 点 (月 日 医師)	
療 養 上 の 留 意 事 項	本人・家族の病気に対する説明と理解、認知機能の変化、特別な医療・処置とその方法、退院指導内容等。	

【情報聴取(提供)元 医療機関・施設名】

名 称		担当者名
-----	--	------

在宅医療・介護連携支援室ポータル 退院・退所情報提供書(2020.10)

5 診療情報提供書（介護老人保健施設用）

■診療情報提供書の使用にあたって

- この情報提供書は、介護老人保健施設に入所する利用者が、安心してサービスを利用でき、事業所側も適切なサービス提供をするために必要な医療情報を主な内容としています。
- この情報提供書について、ご意見等がありましたら市町介護保険担当課へ連絡してください。

■注意点

- この情報提供書は介護老人保健施設への入所の目的のみに使用し、使用に際しては個人情報の保護に十分留意してください。
- 北庄内の介護老人保健施設7施設では、利用者の負担軽減に配慮し、既に実施済の検査結果のみ情報提供を受けることで合意しています。
- 情報提供書作成にかかる費用は、検査項目により異なります。予め医療機関に料金等を確認し、費用について利用者又は家族の了解を得た上で依頼してください。
- 事業所が利用者に情報提供書を求める場合には、利用者の負担軽減に配慮してください。なお、情報提供書については、平成13年3月28日付厚生労働省老健局振興課事務連絡「運営基準等に係るQ&A」を参照してください。

診療情報提供書 (介護老人保健施設用)

作成日
令和 年 月 日

<提出先 介護老人保健施設>

事業所名

<提出元 医療機関>

医療機関名

住 所

電話(FAX)

担当医師名

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生年月日	T・S・H 年 月 日(歳)		
身長・体重	身長 cm 体重 kg		

【治療状況】

主たる 傷病名	(発症年月日: 年 月 日)
病状経過 治療状態	

【併存疾患及び既往症の有無】

脳血管疾患 (なし・あり)	心疾患 (なし・あり)	呼吸器疾患 (なし・あり)	皮膚疾患 (なし・あり)
認知症 (なし・あり)	高血圧症 (なし・あり)	肝疾患 (なし・あり)	褥瘡 (なし・あり)
パーキンソン病 (なし・あり)	糖尿病 (なし・あり)	腎疾患 (なし・あり)	部位・その他()

【検査結果】 実施されている検査があれば結果の記載(結果の添付があれば記載は不要)をお願いします。

【血 圧】	【生化学的検査】	(H. R . . .)	【感染症検査】(H. R . . .)
/ mmHg	総蛋白 g/dL	HDL-C mg/dL	梅毒検査 (陰性・陽性)
	アルブミン g/dL	LDL-C mg/dL	HBs抗原 (陰性・陽性)
	AST IU/L	BUN mg/dL	HCV抗体 (陰性・陽性)
【血液一般】(H. R . . .)	ALT IU/L	クレアチニン mg/dL	【細菌検査】(H. R . . .)
白血球 / μ L	LDH IU/L	Na mEq/L	MRSA (喀痰・咽頭・他)
赤血球 $\times 10^4$	ALP IU/L	K mEq/L	(陰性・陽性)
ヘモグロビン g/dL	γ -GTP IU/L	Cl mEq/L	便培養 (陰性・陽性)
ヘマトクリット %	ChE IU/L	血糖(空,後) mg/dL	菌種 ()
血小板 $\times 10^4$	TG mg/dL	HbA1c %	備考)
【尿一般】(H. R . . .)	【心電図】(H. R . . .)	【胸部X P】(H. R . . .)	心電図, 胸部XP: 1年以内の結果で可
(尿)蛋白 (-・+・2・3+)	異常(なし・あり)	異常(なし・あり)	肝炎, MRSA: 過去の結果で可
(尿)糖 (-・+・2・3+)			便培養: 下痢等の症状がなければ不要
(尿)潜血 (-・+・2・3+)			

【今後の診療に関する情報】

注 意 事 項 (今後の経過に影響を与えると 考えられる既往歴 は発症日など詳 細に記載) 紹 介 目 的	
処方内容	

6 介護保険用健康診断書

■介護保険用健康診断書の使用にあたって

- この健康診断書は、利用者が安心してサービスを利用でき、事業所側も適切なサービス提供を行うために必要な医療情報を主な内容としています。
- この健康診断書は、居宅サービス事業所への提出は不要です。

■注意点

- この診断書は短期入所及び介護施設への入所目的のみに使用し、使用に際しては個人情報の保護に十分留意してください。
- この診断書に記載された検査は必須ではありません。事業所で必要最小限の検査項目を医療機関に依頼してください。
- 事業所が利用者に健康診断書を求める場合には、利用者の負担軽減に配慮してください。サービス担当者会議における情報の共有や主治医からの情報提供（主治医意見書、診療情報提供書、ちょうかいネット等）を活用してください。
- 感染症検査に関しては、過去に検査を実施していれば結果を記入し、していなければ末検に○をしてください。
- 下痢などの症状があり便培養を実施した場合は結果を記入してください。
- 胸部X線、心電図検査は過去1年以内に実施された検査の場合は再検査の必要はありません。その結果を記入してください。
- 健康診断書作成にかかる費用は、各医療機関・検査項目により異なります。予め医療機関に料金等を確認し、費用について利用者又は家族の了解を得た上で依頼してください。

介護保険用健康診断書

<提出先 指定居宅介護支援事業者>

事業所名

_____ 殿

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
身長・体重	身長 _____ cm 体重 _____ kg		

【治療状況・診察所見等】

主たる 傷病名	(発症年月日: 年 月 日)
感 染 症	未検 ・ なし ・ あり ()
認 知 症	なし ・ あり ()

【診察所見・検査結果・注意事項】 (依頼のない検査でも行っておりましたら結果の記載をお願いします)

【内 科 診 察】	【血 圧】
異常所見 (なし ・ あり)	_____ / _____ mmHg

【尿一般検査】	【心電図検査】	【胸部X線検査】
(尿)蛋白 (- ・ + ・ 2+ ・ 3+)	異常(なし ・ あり)	異常(なし ・ あり)
(尿)糖 (- ・ + ・ 2+ ・ 3+)		
(尿)潜血 (- ・ + ・ 2+ ・ 3+)		

注 意 事 項 (ありの場合は その内容も具 体的に記載し てください)	入浴の可・否と注意事項	可 ・ 否 ()
	食事についての注意事項	なし ・ あり ()
	車移送時の注意事項	なし ・ あり ()
	リハビリ時の注意事項	なし ・ あり ()
	その他の注意事項	なし ・ あり ()

上記のとおり診断します

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住 所

電 話(FAX)

担当医師名

7 その他の介護保険関連書式

○訪問看護関連

○訪問リハビリテーション関連

○居宅サービス計画関連

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

依 頼 日
令 和 年 月 日
(※該当する指示書を○で囲むこと)

＜依頼先 指定訪問看護ステーション＞

＜依頼元 医療機関＞

事業所名

医療機関名

住 所

電話(FAX)

担当医師名

印

下記のとおり指示いたします

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生年月日	T・S・H 年 月 日(歳)		

【現在の状況】

主たる傷病名										
病状経過治療状態	☐にレ印 ☐癌の終末期 ☐その他の終末期									
処方内容	(投与中薬剤の用量・用法)									
日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	
	認知症の状況	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M		
要介護認定	自立 ， 要支援(1 2) ， 要介護(1 2 3 4 5)									
褥瘡の深さ	NPUAP分類	Ⅲ度	Ⅳ度	DESIGN分類			D3	D4	D5	
装着及び使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置		2. 透析液供給装置			3. 酸素療法(L/分)				
	4. 吸引器		5. 中心静脈栄養			6. 輸液ポンプ				
	7. 経管栄養		(経鼻・胃瘻)(サイズ			, 日に1回交換)				
	8. 留置カテーテル		(部位 サイズ			, 日に1回交換)				
	9. 人工呼吸器		(陽圧式・陰圧式)(設定			)				
	10. 気管カニューレ		(サイズ)			11. ドレーン(部位)				
	12. 人工肛門		13. 人工膀胱			14. その他()				

【留意事項及び指示事項】

I 療養生活指導上の留意事項	
II 1. リハビリテーション	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・()分を週()回 (注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)
2. 褥瘡の処置等	
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理	
4. その他	
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (書ききれない場合は別用紙に記載)	(投与薬剤・投与量・投与方法等)
特記すべき留意事項 (薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等)	
緊急時の連絡先 医師不在時の対応法	
他のステーションへの指示	なし・あり(指定訪問看護ステーション名)
痰吸引等実施のための訪問介護事業所への指示	なし・あり(訪問介護事業所名)
訪問看護指示期間(最大6ヶ月)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
点滴注射指示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

在宅医療・介護連携支援室ポシテ 訪問看護指示書(在宅患者訪問点滴注射指示書)(2021.04)

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

依 頼 日
令 和 年 月 日

(※該当する指示書を○で囲むこと)

＜依頼先 指定訪問看護ステーション＞
事業所名

＜依頼元 医療機関＞

医療機関名

住 所

電話(FAX)

担当医師名

印

下記のとおり指示いたします

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様(男 女)	住 所	
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
要介護認定	自立 , 要支援(1 2) , 要介護(1 2 3 4 5)		

【現在の状況】

主たる 傷病名	
病状・主訴	
治療状況	
処方内容	
一時的に 訪問看護が 頻回に必要な 理由	

【留意事項及び指示事項】

留意事項及び指示事項 (点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先 医師不在時の対応法	
特別訪問看護指示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
点滴注射指示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

在宅医療・介護連携支援室パンフレット 特別訪問看護指示書(在宅患者訪問点滴注射指示書)(2020.10)

訪問看護報告書

＜訪問看護師 ⇒ 医師＞

作 成 日
令 和 年 月 日

＜報告先 医療機関＞

医療機関名

殿

＜報告元 指定訪問看護ステーション＞

事業所名

住 所

所 長

担当看護師

下記のとおり指定訪問看護の実施について
報告いたします

【介護サービス利用者名】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様（男 女）	住 所	
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日（ 歳）		
要介護認定	自立 ， 要支援（ 1 2 ）， 要介護（ 1 2 3 4 5 ）		

【訪問看護の報告内容】

訪 問 日	年 月							年 月						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31				
訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。														
病状の経過														
看護・リハビリテーションの内容														
家庭での介護の状況														
特記すべき事項														

訪問リハビリテーション連絡票

< 訪問リハビリ担当者 ⇄ 医師 >

依 頼 日
令 和 年 月 日

< 依頼先 医療機関・担当医師 >

医療機関名

担当医師名

殿

< 依頼元 介護サービス事業者 >

事業所名

住 所

電 話 (FAX)

- -

訪問リハビ

リ担 当 者

下記の介護サービス利用者についてリハビリテーションの経過をご報告いたします。
医学的な観点から現在の状況や今後のリハビリテーションの継続などについてご意見を願います。
この照会を行うこと、情報提供をいただくことについて、本人またはご家族から(年 月 日)
にあらかじめ同意をいただいております。

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様 (男 女)	住 所	
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
要介護認定	自立 , 要支援 (1 2) , 要介護 (1 2 3 4 5)		

【連絡の内容】

<リハビリ担当者は回答が「適・否」「可・不可」などで済ませられる場合は、依頼の内容欄に問い合わせ内容を簡潔に記載し、回答の内容欄に選択肢をあらかじめ記載し○を付ければ済むような形式で提出してください。>

(リハビリ担当者からの連絡・問い合わせ・依頼の内容)

リハビリテーションの 評価・経過	
---------------------	--

(担当医師からの連絡・意見・回答の内容)

担 当 医 の 意 見	
	リハビリテーション継続 可 ・ 不可
	回答・意見記載日 令和 年 月 日 担当医師

訪問リハビリテーション報告書

< 訪問リハビリ担当者 ⇒ 医師 >

作 成 日
令和 年 月 日

< 報告先 医療機関 >

医療機関名

担当医師名

殿

< 報告元 介護サービス事業者 >

事業所名

住 所

電 話 (FAX)

- -

訪問リハビ

リ担 当 者

下記の介護サービス利用者についてリハビリテーションの経過をご報告いたします。

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様 (男 女)	住 所	
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
要介護認定	自立 , 要支援 (1 2) , 要介護 (1 2 3 4 5)		

【報告の内容】 (訓練プログラム)

訓練 プログラム	
-------------	--

(現在の状況)

身体機能	
基本動作	
コミュニケーション	
そ の 他	

居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

作成日
令和 年 月 日

利用者名 様 生年月日 T・S・H 年 月 日住所

居宅サービス計画作成者名

居宅介護支援事業者・事業所名

事業所住所

居宅サービス計画作成(変更)日 令和 年 月 日

初回居宅サービス計画作成日 令和 年 月 日

認定日 令和 年 月 日

認定期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

要介護認定	自立 , 要支援(1 2) , 要介護(1 2 3 4 5)
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病など 3. その他()

居宅サービス計画書(2)

作成日
令和 年 月 日

利用者名 様 要介護度

居宅サービス計画作成者名

生活全般の 解決すべき 課題（ニーズ）	目 標				援 助 の 内 容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービスを行う事業所」について記入する。

8 北庄内各医療機関の介護保険関係連絡窓口（詳細はP26）

日本海総合病院					
住所・代表電話	〒998-0828 酒田市あきほ町30番地 TEL 0234-26-2001				
連携窓口・連絡先	入退院支援センター	TEL	0234-26-2001	FAX	0234-26-2033
	医療福祉相談室	TEL	0234-26-2001(内3894)	FAX	0234-31-7101

日本海酒田リハビリテーション病院					
住所・代表電話	〒998-0843 酒田市千石町二丁目3番20号 TEL 0234-23-1111				
連携窓口・連絡先	地域医療室	TEL	0234-23-1159	FAX	0234-23-1134

医療法人 健友会 本間病院					
住所・代表電話	〒998-0044 酒田市中町三丁目5番23号 TEL 0234-22-2556				
連携窓口・連絡先	医療相談室	TEL	0234-22-2561	FAX	0234-25-6325

医療法人社団山形愛心会 庄内余目病院					
住所・代表電話	〒999-7782 東田川郡庄内町松陽一丁目1番1号 TEL 0234-43-3434				
連携窓口・連絡先	医療相談室	TEL	0234-43-3434	FAX	0234-43-3516

医療法人社団順仁堂 遊佐病院					
住所・代表電話	〒999-8301 飽海郡遊佐町遊佐字石田7番地 TEL 0234-72-2522				
連携窓口・連絡先	地域医療連携室	TEL	0234-72-2522	FAX	0234-71-2865

医療法人 酒田東病院					
住所・代表電話	〒998-0878 酒田市こあら三丁目5番2号 TEL 0234-22-9611				
連携窓口・連絡先	医療相談室	TEL	0234-22-9611	FAX	0234-22-7389

医療法人 山容会 山容病院					
住所・代表電話	〒998-0074 酒田市浜松町1-7 TEL 0234-33-3355				
連携窓口・連絡先	地域連携室	TEL	0234-33-3355	FAX	0234-33-3617

※診療所については在宅医療・介護連携支援室ポンテHP(<http://www.ponte-sakata.com>)
「訪問診療検索」よりご確認下さい。

北庄内各医療機関の介護保険関係連絡窓口

(2020年4月改正)

病院名	ケアマネジャーとの調整・問い合わせを担当する部署			入院前に担当ケアマネジャーが決まっている場合					入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない場合		
	部署名	TEL	FAX	ケアマネジャーからの「入院時情報提供書」の持参先	ケアマネジャーからの「入院時情報提供書」の送付先 (メール・FAX・郵便)	ケアマネジャーに電話連絡する人 (部署)	ケアマネジャーとの面談の主体となる人 (部署)	ケアマネジャーに退院日を連絡する人 (部署)	家族等に、介護保険について説明をする人 (部署)	ケアマネジャー事業所等の選択について支援をする人 (部署)	家族等による契約後、ケアマネジャーと連絡を取る人(部署)
日本海総合病院	入退院支援センター	代表 0234-26-2001	0234-26-2033	入院病棟 ※事前TEL: 要 (入退院支援センターへ)	紹介予約コーナー ■FAXのみ 0234-26-5137 ・24時間受信可能 ※事前TEL: 不要	患者・家族 必要に応じて 看護師 (入退院支援センター)	看護師 (入院病棟) 必要に応じて (入退院支援センター)	患者・家族 必要に応じて 看護師 (入退院支援センター)	看護師 (入退院支援センター)	看護師 (入退院支援センター)	看護師 (入退院支援センター)
日本海酒田 リハビリテーション病院	入院病棟 又は 地域医療室	回復期病棟 A4病棟0234-23-1117 B2病棟0234-23-1119 療養病棟 A5病棟0234-23-1106 地域医療室 0234-23-1159	回復期病棟 A4病棟23-1118 B2病棟23-1116 療養病棟 A5病棟23-1107 地域医療室 0234-23-1134	入院病棟 回復期病棟 A4病棟0234-23-1117 B2病棟0234-23-1119 療養病棟 A5病棟0234-23-1106 ※事前TEL: 要	総合受付 ■FAXのみ 0234-26-1946(代表) ※事前TEL: 不要	受持ち看護師 (入院病棟) 又は 地域医療室	受持ち看護師 (入院病棟) 又は 地域医療室	受持ち看護師 (入院病棟) 又は 地域医療室	地域医療室	地域医療室	受持ち看護師 (入院病棟) 又は 地域医療室
本間病院	医療相談室	0234-22-2561(MSW) 0234-21-7120(看護師)	0234-25-6325	医療相談室 ※事前TEL: 不要	医療相談室 ■FAXのみ 0234-25-6325 ※事前TEL: 不要	病棟看護師 または 医療相談室	病棟看護師 または 医療相談室	病棟看護師 または 医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室
順仁堂遊佐病院	地域医療連携室	代表 0234-72-2522	0234-71-2865	地域医療連携室 ※事前TEL: 不要	地域医療連携室 ■FAX: 0234-71-2865 ■郵送 〒999-8301 飽海郡遊佐町字石田7 ※事前TEL: 不要	MSW (地域医療連携室)	MSW (地域医療連携室)	MSW (地域医療連携室)	MSW (地域医療連携室)	MSW (地域医療連携室)	MSW (地域医療連携室)
庄内余目病院	医療相談室	0234-43-3434	0234-43-3516	医療相談室 ※医療相談室不在時は、 病棟ナースステーションへ 持参下さい。 ※事前TEL: 不要	医療相談室 ■FAX: 0234-43-3516 ■郵送 〒999-7782 東田川郡庄内町松陽1-1-1 ※事前TEL: 不要	MSW (医療相談室)	MSW (医療相談室)	MSW (医療相談室)	MSW (医療相談室)	MSW (医療相談室)	MSW (医療相談室)
山容病院	地域連携室	0234-33-3355	0234-33-3617	地域連携室 ※事前TEL: 要	地域連携室 ■FAX: 0234-33-3383 (連携課直通) ■郵送 〒998-0074 酒田市浜松町1-7 ※事前TEL: 要	PSW (地域連携室)	PSW (地域連携室)	PSW (地域連携室)	PSW (地域連携卒)	PSW (地域連携室)	PSW (地域連携室)
酒田東病院	医療相談室	0234-22-9611	0234-22-7389	医療相談室 ※事前TEL: 要	医療相談室 ■FAXのみ 0234-22-7389 ※事前TEL: 要	PSW (医療相談室)	PSW (医療相談室)	PSW (医療相談室)	PSW (医療相談室)	PSW (医療相談室)	PSW (医療相談室)

※病院の意向を踏まえて記載された入退院ルール「病院の窓口」一覧を基に作成する。

* 日本海総合病院および日本海酒田リハビリテーション病院については、書式により窓口が異なります。日本海総合病院介護保険関係連絡(文書)窓口をご参照ください。

* 本間病院・遊佐病院・庄内余目病院・山容病院・酒田東病院については、各連携窓口を通して各種調整、文書依頼等をお願いします。

9 日本海総合病院・日本海酒田リハビリテーション病院 介護保険関係連絡（文書）窓口

2021年4月1日現在

書式の名称	日本海総合病院 連絡窓口	日本海酒田リハビリテーション 病院連絡窓口	手続き上のお願い
主治医意見書	○①受付カウンター (1階エントランス内) TEL:0234-26-2001(内3812) FAX:0234-26-5137	○文書受付(1階総合受付窓口) TEL:0234-23-1111(内2110) FAX:0234-26-1946	
訪問看護指示書 (訪問点滴注射指示書)	○文書窓口 (1階エントランス内) TEL:0234-26-2001(内3804) FAX:0234-26-5137	○入院病棟の看護師又は 地域医療室	
特別訪問看護指示書 (訪問点滴注射指示書)			
精神訪問看護指示書			
診療情報提供書 (介護老人保健施設用)	○文書窓口(外来患者) (1階エントランス内)※ TEL:0234-26-2001(内3804) FAX:0234-26-5137 ※診察日は診察室で提出し診察 後に文書窓口で手続きをしてく ださい。	○入院病棟の看護師又は 地域医療室	○本人、家族以外の方は同意 書が必要です。 ○依頼された検査が未検査の 場合は後日受診が必要です。 ○利用する施設名とサービス 内容を明示して提出してくださ い。 ※診察日は診察室で提出し、 診察後に文書窓口で手続きを してください。
診療情報提供書 (介護支援事業所等向け)		○文書受付(1階総合受付窓口) TEL:0234-23-1111(内2110) FAX:0234-26-1946	
介護保険用健康診断書			
介護保険連絡票(1) 介護保険連絡票(2)	○紹介予約コーナー(外来患 者)(1階エントランス内) TEL:0234-26-2001(内3863) FAX:0234-26-5137 ○入院病棟の看護師(入院患 者)	○入院病棟の看護師又は 地域医療室	○書類提出時に患者が外来通 院中か入院中か明示してくださ い。
入院時情報提供書			
訪問看護計画書			
訪問看護報告書			
訪問リハビリ計画書			
訪問リハビリ報告書			
居宅サービス計画書(1) 居宅サービス計画書(2)			
退院・退所情報提供書	○入退院支援センター看護師		○聞き取り調査をお願いします ○入退院支援センター看護師 が日程の調整をさせていただきます。 ○退院時にケアマネジャー宛 での看護サマリーをご家族へお 渡しします。後日受け取りお願 いします。

※郵送の場合も連絡窓口に記載の宛名へ送付をお願いします。

日本海総合病院・日本海酒田リハビリテーション病院
介護保険関係書類の依頼及び費用

依 頼 日
令和 年 月 日

【介護サービス利用者】

フリガナ		電 話	- -
氏 名	様 (男 女)	住 所	
生 年 月 日	T・S・H 年 月 日 (歳)		
診察券番号		担 当 医 名	

【依頼書の申請者】

申請者氏名	様	連 絡 先	- -
利用者から みた続柄		郵送希望	有り・無し (郵送希望の場合は切手をご準備ください)

【提出先事業所】

事 業 所 名			
---------	--	--	--

必要な書式及び追加検査の項目に「✓」をつけてください。
費用はおおよその目安です。既に行っている検査が流用できる場合は負担が軽くなることがあります。
3ヶ月以内に行った尿、血液検査、6ヶ月以内に行った胸部XP、心電図、喀痰・咽頭・便検査、2年以内に行った感染症検査があれば流用します。それよりも新しい検査結果が必要な場合はお知らせください。
検査項目の組合せなどにより費用が変わる場合がありますのでご了承ください。

【必要な書式及び追加検査】

(おおよその費用及び点数)

☐ 介護保険用健康診断書	2,200 円	
☐ 診療情報提供書(介護老人保険施設用)	250 点	
☐ 診療情報提供書(介護老人保険施設用)	450 点 (退院時詳細な資料が必要な場合)	
(追加検査及び費用) 必要な検査項目に 「✓」をつけてください。 追加費用が生じるので 必要最低限の項目を 選択されるようにお勧 めします。	☐ 胸部XP検査	2,310 円
	☐ 心電図検査	1,430 円
	☐ 尿一般検査	290 円
	☐ 血液一般検査	1,610 円
	☐ 生化学的検査	2,610 ~ 2,750 円 (検査項目数に応じて)
	☐ HbA1c	1,910 円
	☐ 感染症検査	3,870 円 (梅毒・HBs抗原・HCV抗体)
	☐ 喀痰MRSA検査	4,220 円 (診察時採取)
	☐ 咽頭MRSA検査	4,500 円 (診察時採取)
	☐ 便培養検査	4,440 円 (診察時採取)
☐ その他必要な検査 ()		
☐ 訪問看護指示書(訪問点滴注射指示書)	300 点	
訪問看護指示期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (最大6ヶ月)		
☐ 特別訪問看護指示書(訪問点滴注射指示書)	100 点	
☐ 精神訪問看護指示書	300 点	
☐ 診療情報提供書(居宅介護支援事業所等向け)	250 点	

平成22年 7月	作成	北庄内医療・介護連携強化検討会議
平成24年 7月	一部改訂	
平成29年 6月	一部改訂	在宅医療・介護連携支援室ポソテ
平成30年 4月	一部改訂	
令和元年10月	一部改訂	
令和2年 4月	一部改訂	
令和2年10月	一部改訂	
令和3年 4月	一部改訂	
令和4年 4月	一部改訂	

介護保険にかかわる医療・介護連携書式

在宅医療・介護連携支援室ポソテ
酒田市高齢者支援課・庄内町保健福祉課・遊佐町健康福祉課