

# 医療・介護連携シート

ケアマネジャー⇒医師

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

○送信元

法人名

担当ケアマネジャー

TEL

FAX

所在地

○対象者様

氏名

生年月日

いつもお世話になりありがとうございます。

貴院患者様が藤井寺市介護予防事業を受けられることとなり、管理栄養士が訪問栄養指導を行いますので、ご連絡させていただきました。

つきましては、栄養指導に際し、注意すべき点がございましたら、ご教授頂きたいと思います。また内容により診療情報の提供が必要とご判断された場合は投薬内容及び血液検査結果等のご提供をお願い致します。

なお、貴院より医療情報を提供して頂くこと、それに伴う費用が発生する可能性があることにつきまして、 月 日にご本人の同意を得ております。

医師⇒ケアマネジャー

【連絡事項】

\* 栄養指導時注意すべき点

・ 添付書類  処方箋  検査結果  その他 ( )

医療機関名

医師名

お手数ですが、上記項目にご記入のうえ、 月 日までに返信頂きますようお願い致します。