

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

様担当のケアマネジャーです。

■ ご相談したいことがあります。

いつもお世話になり、ありがとうございます。

藤井寺市が実施する事業「いきいき笑顔応援プロジェクト」で、
様のご希望により管理栄養士が訪問し、栄養指導を行うことになりましたので、ご連絡させていただきました。

つきましては、より良い栄養指導を行うため、管理栄養士が指導を行う際の問題点や注意すべき点がございましたら、ご教授願います。また、医療ニーズが高く栄養指導に診療情報が必要なケースであれば、投薬内容や血液検査の結果等についてもご提供ください。

ご多用中のところ、申し訳ありませんが2月16日までにご回答をお願いいたします。

※ 医療情報を提供すること及び費用が発生する場合には自己負担となることについては、2月5日に
ご本人様の同意を得ております。

居宅介護支援事業所名

担当者名

TEL

FAX

所在地

医師 ⇒ ケアマネジャー

【連絡事項】

■問題点 嚥下障害 摂食障害 その他 ()

■添付書類 処方箋、検査結果報告書等のコピーを添付します

■注意すべき点

平素から大変お世話になっております。

現在内科的には落ち込みがみられますが、下肢筋力低下・歩行不安定に加え、

食事と排便のコントロールが難しく、不規則(食 intake / 排便 intake)をみられます。

桑島様の体力に照して栄養指導のほどお話しを願ひ申し上げます。

医療機関名

医師名

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信下さいますようお願いいたします。

2019 08/27 18:06 FAX 072 937 2643

0001/0001

医療・介護連携シート

発信日：令和 1年 8月 27日

返信日：令和 1年 8月 29日

ケアマネジャー ⇒ 医師

先生へ

様担当のケアマネジャーです。

■ご相談したいことがあります。

いつもお世話になり、ありがとうございます。

藤井寺市が実施する事業「いきいき笑顔応援プロジェクト」で 様のご希望により
管理栄養士が訪問し栄養指導を行うことになりましたので、ご連絡させていただきました。
つきましては、より良い栄養指導を行うため、管理栄養士が指導を行う際の問題点や注意
すべき点がございましたら、ご教授願います。また医療ニーズが高く栄養指導に診療情報
が必要なケースであれば、投薬内容や血液検査の結果などについてもご提供ください。
ご多用中のところ、申し訳ありませんが8月30日までにご回答をお願い致します。

※医療情報を提供する事及び費用が発生する場合は自己負担になることについては
8月27日に、ご本人様の同意を得ています。

居宅介護支援事業所名

担当者名

TEL

FAX

医師 ⇒ ケアマネジャー

【連絡事項】

■問題点 嚥下障害 摂食障害 その他()

■添付書類 処方箋、検査結果報告書のコピーを添付します。

■注意すべき点

平素より大変お世話になっております。糖尿病、高血圧、汎発性皮膚掻痒症の合併症。
H27年 各種検査の結果より部分的に摂食・嚥下に全く問題はありません。
血圧はBP 110-130程度でコントロールできておりますが時々140-150と75リ
毎分不良の脈ありです。今この循環器的に150問題ありません。
DMは5月採血でHbA1c 7.5%とやや上昇傾向です。数年前より膝の痛みがあり
リハビリを継続して筋力upに努めておられますが、糖尿病もありため 専門家に栄養指導
宜しくお願ひ致します。併し筋力upの為に糖質制限も願ひ
致します。

医院・病院名

主治医

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします

62543

医療・介護連携シート

発信日：令和 2年 4月 13日 CL
返信日：令和 年 月 日

ケアマネジャー ⇒ 医師

先生へ

様担当のケアマネジャーです。

■ご相談したいことがあります。

いつもお世話になり、ありがとうございます。

藤井寺市が実施する事業「いきいき笑顔応援プロジェクト」で 様のご希望により管理栄養士が訪問し栄養指導を行うことになりましたので、ご連絡させていただきました。

つきましては、より良い栄養指導を行うため、管理栄養士が指導を行う際の問題点や注意すべき点がございましたら、ご教授願います。また医療ニーズが高く栄養指導に診療情報が必要なケースであれば、投薬内容や血液検査の結果などについてもご提供ください。ご多用中のところ、申し訳ありませんが4月30日までにご回答をお願い致します。

※医療情報を提供する事及び費用が発生する場合は自己負担になることについては4月9日に、ご本人様の同意を得ています。

居宅介護支援事業所名

担当者名

TEL

FAX

医師 ⇒ ケアマネジャー

【連絡事項】

■問題点 嚥下障害 摂食障害 その他(血糖コントロール不良)

■添付書類 処方箋、検査結果報告書のコピーを添付します。

■注意すべき点 早急にお世話になりありがとうございます。

御本人の血糖を届けていただき、インスリン減量注射されているが!

おし、現在はHbA1c 9.5%とコントロール悪く、2020/4/27-アセトラ増量中です。

興味より、食事量が増え、血糖値も上がり、血糖を普通に戻すには、インスリン増量でも血糖値は良くならないと、外果に説明致しました。

医院・病院名

主治医

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします。