

**介護保険制度
医師⇔ケアマネジャー
書式・記入例集**

[室蘭市]

平成29年3月

目 次

1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 利用の際のエチケット・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 軽度認定者にかかる福祉用具貸与に関する意見について
[ケアマネ⇒Dr へ依頼文+Dr⇒ケアマネ回答文]・・・・・・・・・・ 3
4. 老人保健施設のショートステイ利用にかかる診療情報提供書の作成に
ついて[ケアマネ⇒Dr へ依頼文]・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
5. デイケア利用にかかる診療情報提供書の作成について
[ケアマネ⇒Dr へ依頼文]・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
6. 診療情報提供書（入所・短期入所・通所）[Dr 記入方法]・・・・・・・・ 6
7. 訪問看護利用にかかる診療情報提供書の作成について
[ケアマネ⇒Dr へ依頼文]・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
8. 訪問看護指示書[Dr 記入方法]・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
9. 訪問リハビリテーション利用にかかる診療情報提供書の作成について
[ケアマネ⇒Dr へ依頼文]・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
10. 訪問リハビリテーション指示書[Dr 記入方法]・・・・・・・・・・ 10
11. 居宅療養管理指導（薬剤管理）の指示について
[ケアマネ⇒Dr へ依頼文]・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
12. 居宅療養管理指導（薬剤管理）の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

はじめに

室蘭市の高齢化がますます進む中、介護が必要になっても医療が必要になっても、住み慣れた地域で安心して住み続けられるためには、医療と介護の連携が重要となります。

そのため、室蘭市では医療と介護の連携について平成27年度から協議を進めてまいりましたが、医療職からはケアマネジャーから依頼される書類の記入方法についての要望や、ケアマネジャーからは病院や医師への依頼文の記入や説明が負担になっているとの現状が明らかになりました。

このたび、これらの要望や負担軽減により、医療職と介護職の連携がスムーズにできるよう、ケアマネジャーから医師への依頼文の様式と、医師が記入する様式の記入方法の一例についてまとめたものを作成しました。

この「書式・記入例集」を、それぞれの業務で参考にいただき、医療と介護の連携がこれまで以上に促進されることを祈念いたします。

利用の際のエチケット

ケアマネジャーは・・・



- ① 医師に連絡する時には、「市内診療所のケアマネジャー向け連携リスト」を参考にして、連絡しましょう！
- ② 医師に依頼する時には、医師が記入する書類にあらかじめ、基本情報を記入してからお願いしましょう！
- ③ この記入例のみを頼らず、何をどのように書いてほしいのか、具体的に分かるようにお願いしましょう！
- ④ 介護者の状況や問題点を具体的に、また、ケアマネジャーへの連絡手段について、分かるように示しましょう！

医師は・・・

- ① この記入例集にある書類は、請求に必要なものとなりますので、できる限り速やかに記入しましょう！
- ② 不明点や疑問点があれば、ケアマネジャーに聞きましょう！



平成●年●月●日

●●病院 ●●科
●●先生 御机下

(事業所名)

(ケアマネ氏名)

(連絡先) TEL

FAX

介護保険 軽度認定者に係る福祉用具貸与に関する意見について

平素より大変お世話になっております。

下記の対象者について、ご意見をいただきたく、よろしく願いいたします。

住所	室蘭市		
氏名		性別	昭和 年 月 日生 (歳)

<問い合わせ内容等>

要支援1から要介護1までの認定者は福祉用具の貸与の品目が限られますが、対象者は、[]
のため、[]
が必要な状態です。室蘭市への申請のためには、必要性の有無について医師の意見が必要になりますので、ご多忙中申し訳ありませんが、下記にご意見を賜りますようよろしくお願いいたします。

医師からの回答 (返信)

*この連絡票での回答は、診療情報提供料の算定はできません。

＜医師のご意見＞ ※該当にチェックし、 下にご意見を記入	<input type="checkbox"/> 福祉用具を必要とする
	<input type="checkbox"/> 特に必要ない
	<input type="checkbox"/> その他 ()
平成 年 月 日 担当医氏名	

平成●年●月●日

●●病院 ●●科
●●先生 御机下

(事業所名)

(ケアマネ氏名)

(連絡先) TEL

FAX

老人保健施設のショートステイ利用にかかる診療情報提供書の作成について

平素より大変お世話になっております。

下記の対象者について、標記書類の作成について、よろしくお願いたします。

住所	室蘭市		
氏名		性別	昭和 年 月 日生 (歳)
介護度		有効期間	～
老健名		利用期間	～

<対象者の状況等>

平成●年●月●日

●●病院 ●●科
●● 先生 御机下

(事業所名)

(ケアマネ氏名)

(連絡先) TEL

FAX

デイケア利用にかかる診療情報提供書の作成について

平素より大変お世話になっております。

下記の対象者について、標記書類の作成について、よろしく願いいたします。

住所	室蘭市			
氏名		性別		昭和 年 月 日生 (歳)
介護度		有効期間	~	
施設名		利用開始日		頻度

<対象者の状況等>

診療情報提供書

別書式でも可

平成 年 月 日

記入方法

(入所・短期入所・通所)

医療機関
住 所
電話番号
担 当 医

氏 名			生年月日			
病 名						
現病歴・治療経過				現在の処方		
				別紙でも可		
<p>退院・退所日：</p>						
検査所見	<p>該当する診療科で実施した検査データのみで構いません。全てを記入して頂く必要はありませんが、この他にデータがありましたら、添付してください。</p>					
血液検査	WBC ()	TP ()	BUN ()	感染症	HBs 抗原 :	
	RBC ()	GOT ()	Cr ()		HBe 抗原 :	
	Hb ()	GPT ()	ALB ()		HCV- II 抗体 :	
	CRP ()				TPHA :	
胸部X線	異常	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)をご利用の場合は、いずれかの項目に必ずチェックを入れてください。			PPR 法 :	
その他					V- III 抗体 :	
					LV- I 抗体 :	
					反 :	
リハビリ指示	<input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 上肢機能訓練 <input type="checkbox"/> 失語症、口腔・嚥下機能評価・訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 起立・歩行訓練 <input type="checkbox"/> 自宅訪問指導(通所リハビリ) <input type="checkbox"/> 特記()				老健医師確認欄	
食事制限	<input type="checkbox"/> 減塩食(塩分7g)	<input type="checkbox"/> エネルギー制限(1200kcal)		<input type="checkbox"/> 脂肪制限食(35g)		
一般食(1600kcal)	<input type="checkbox"/> 心臓病食(塩分6g)	<input type="checkbox"/> エネルギー制限(1400kcal)		<input type="checkbox"/> 潰瘍食		
蛋白60g	<input type="checkbox"/> 蛋白制限食(40g)	<input type="checkbox"/> エネルギー制限(1600kcal)		<input type="checkbox"/> 高エネルギー食		
脂肪40g	<input type="checkbox"/> 蛋白制限食(50g)					

糖尿病、高血圧などで食事制限が必要な場合は、必ず記入してください。

情報提供先

老人保健施設

住所
TEL

FAX

平成●年●月●日

●●病院 ●●科
●●先生 御机下

(事業所名)

(ケアマネ氏名)

(連絡先) TEL

FAX

訪問看護利用にかかる指示書の作成について

平素より大変お世話になっております。

下記の対象者について、標記書類の作成について、よろしくお願ひいたします。

住所	室蘭市		
氏名		性別	昭和 年 月 日生 (歳)
介護度		有効期間	~
施設名		利用開始日	

<対象者の状況等>

記入方法

介護予防訪問看護・訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

別書式でも可

※ 該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)
在宅注射指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	様		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)							
患者住所	訪問看護指示期間は最長6カ月。 医師の判断で1カ月毎から出せる。							電話 ()	—	
主たる傷病名										
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法	別紙でも可								
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	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	DESGN分類		D3	D4	D5
装着・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 (/min) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養 (経鼻・胃ろう;チューブサイズ 日に1回交換) 8.留置カテーテル (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									
留意事項及び指	必ず記入	内服管理・食事指導・水分体重管理・呼吸状態の観察・インスリン自己注射指導・自己血糖測定指導・移乗方法の確認・転倒注意等								
必要時チェック	I 療養生活指等工の留意事項	歩行動作の維持・筋力維持・筋力低下予防・補助具の使用方法指導・転倒転落注意								
	1. リハビリテーション	具体的な処置内容・管理方法								
	2. 褥瘡の処置等	ストマ管理・カテーテル管理・受診前の採血・他科の採血								
	3. 装置・使用機器等の操作援助・管理									
4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
あれば記入してください。										
緊急時の連絡先 不在時の対応法	必ず記入してください。									
特記すべき留意事項 (注: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があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)										

上記のとおり、指示いたします。

※指示内容が変更になった場合、
書面で指示を出してください。
(FAXでも可)

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

平成 年 月 日

発行日が指示期間より前より発行
(期間開始日を含む)

印

平成●年●月●日

●●病院 ●●科
●●先生 御机下

(事業所名)

(ケアマネ氏名)

(連絡先) TEL

FAX

訪問リハビリテーション利用にかかる指示書の作成について

平素より大変お世話になっております。

下記の対象者について、標記書類の作成について、よろしくお願いたします。

住所	室蘭市		
氏名		性別	昭和 年 月 日生 (歳)
介護度		有効期間	~
施設名		利用開始日	

<対象者の状況等>

記入方法

別書式でも可

指示期間、最大3カ月

訪問リハビリテーション指示書

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
患者住所	室蘭市		
現在の状況 (該当項目に○印)			
主たる 傷病名	必ず記入		
症状・治療 現在の状 態			
投与中の 薬剤の 用量・用法	別紙でも可		
要介護認定の状況	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
装着・使用 医療機器 等	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 警官栄養 (経鼻・胃瘻) 8. 留置カテーテル 9. 人工呼吸器 (設定) 10. 気管カニューレ 11. 人工肛門 12. その他		
療養生活指導上の留意事項	禁忌事項などあれば記入 なければ「なし」で可		
訪問リハビリテーション指示事項	<ol style="list-style-type: none"> 身体機能訓練 日常生活動作訓練 介護指導 その他 <div style="text-align: center;">詳細は個別性が高いため、その都度依頼者 や訪問リハ実施機関にご確認ください。</div>		
緊急時の連絡先			

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住所
電話・FAX
医師氏名

**指示書は3カ月に1枚必要。
2回目以降は事業所からの報告書と一緒に作成依頼が
届きます。
内容は病状に変化がなければ同様でもかまいません。**

殿

平成●年●月●日

●●病院 ●●科
●● 先生 御机下

(事業所名)

(ケアマネ氏名)

(連絡先) TEL

FAX

居宅療養管理指導（薬剤管理）の指示について

住所	室蘭市		
氏名		性別	昭和 年 月 日生 (歳)
介護度		有効期間	

平素より大変お世話になっております。

上記の者につきましては、

- 薬の飲み忘れや飲み間違いなどの服薬管理
- 薬が飲みにくさの改善
- 副作用の確認
- 生活状況の確認
- 次回受診日の確認指示
- その他()

の必要性がございますので、薬剤師による居宅療養管理指導を導入させていただきたいと考えております。

つきましては、

- []薬局宛てに、標記書類をご提出いただくようお願いいたします。
- 処方箋処方時に在宅訪問の指示を出してくださいますようお願いいたします。

居宅療養管理指導（薬剤管理）の流れ

ケアマネジャーなどが高齢者の服薬状況を確認



ケアマネジャーから近隣の薬局に「居宅療養管理指導」が可能かどうか相談



高齢者（家族）と薬局間で訪問の同意



診察時に高齢者（家族）やケアマネジャーから医師に「居宅療養管理指導」を依頼する。



医師は院外処方箋発行時に「在宅訪問お願いします」のコメントをつける。



処方箋を受けた薬局は、調剤した薬を持って高齢者宅を訪問し、薬学的管理及び指導を行う。



薬局は薬剤管理及び指導の結果を報告書として、主治医（病院）へ提出する。

発行：室蘭市在宅医療・介護連携推進会議

事務局：

〒051-8511 室蘭市幸町1番2号

室蘭市保健福祉部高齢福祉課

電話 0143-25-2861

HP：<http://www.city.muroran.lg.jp/main/org4230/kaigorenkei.html>

平成 29 年 3 月作成