



☆このまま返信して下さい☆

返信FAX： _____

発信日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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(T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生)のケアマネジャーです。

- 1 担当になったことのお知らせです。今後の連絡方法について ご希望をお知らせください。
- 2 ご相談したい事があります。
 - 身体状況について サービス利用について 担当者会議について
 - その他(_____)

[]

居宅介護支援事業所名 _____

担当者 _____

T E L _____

F A X _____

E-mail _____

☆なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。
- ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師 記入欄

【連絡方法】 電話 FAX 面談 E-mail (_____)

【曜日・時間帯】 1 診療時間中いつでも可

2 希望曜日と時間帯 _____ 時間帯(_____)

月 火 水 木 金 土

【連絡事項】 _____
ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。

[]

診療所・病院名 _____

医師名 _____

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