

かかりつけ医とケアマネジャーの連携・連絡票 (担当ケアマネジャーとなったご連絡です)

様式 1

年 月 日

宛先	かかりつけ医	先生	発信元	<input type="checkbox"/> 医院	事業所名
				<input type="checkbox"/> クリニック	住所
				<input type="checkbox"/> 診療所	TEL
				<input type="checkbox"/> (病院)	FAX
					E-mail
					担当者名

ケアマネジャー ⇒ 医師

利用者	氏名		介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日生 (歳)	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
ご挨拶	<p>突然のFAXでのご挨拶をご容赦ください。</p> <p>上記ご利用者様の介護保険におけるケアマネジメント担当者になりましたのでお知らせします。</p> <p>また、療養上の連絡事項などがございましたら右上記までご連絡くださいますようお願いいたします。</p> <p>今後ともどうぞよろしくお願いいたします。</p>			

※連携の窓口をお知らせする目的ですので、ご返信いただく必要はございません。