

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 2

年 月 日

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

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)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

ご挨拶

突然のFAXでのご挨拶をご容赦ください。
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。
今後、ご利用者様の療養・介護について連携・連絡をさせていただく際（緊急時を除く）の、連絡方法などについてご教示をお願いします。
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。
今後ともどうぞよろしくお願ひいたします。

医師 ⇒ ケアマネジャー

※この連絡票で診療情報提供料の算定はできません

連 絡 方 法	希望される連絡方法をお教えください			※連絡方法で1または2を選択された方 【曜日・時間帯】 <input type="checkbox"/> 診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> 都合の良い曜日時間帯がある <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土の (: ~ :) 時頃
	<p>【連絡方法】 (複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.TEL (番号) <input type="checkbox"/> 2.面談 <input type="checkbox"/> 3.E-mail メールアドレス ()</p> <p><input type="checkbox"/> 4.FAX (番号)</p>			

連絡事項等ございましたらご記入ください。

※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

姫路市医療介護連携会議にて作成