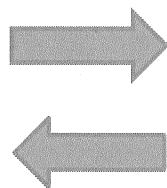


主治医、ケアマネジャー等連絡票(照会)

※ 送信時FAX番号を再度ご確認ください。

発信日:平成 年 月 日

宛先・発信元	
医療機関名	
主治医	
FAX	
TEL	



発信元・宛先	
事業所名	
所在地	
介護支援専門員	
FAX	
TEL	

平素はお世話になっております。

下記の患者さま(ご利用者さま)について、お問い合わせ(ご報告)いたします。

ご回答はFAX等をお願いいたします。(月 日までにご回答いただきますようお願いいたします。)

【患者さま・ご利用者さまについて】

氏名		性別	男・女
生年月日	M.T.S 年 月 日	歳	
住所			
介護度等	要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5		
	身体障がい()、認知症		
ご本人、ご家族の状況			
サービス利用状況			

【質問欄】

相談内容・連絡事項
※ 添付資料(有 ・ 無)

【回答欄】

平成 年 月 日
回答者サイン:

光市 : 主治医・介護支援専門員・介護事業所等共通連絡票