

医師とケアマネジャーのための事務連絡票

F A X 番号 医療機関名 医師氏名 電話番号 E-mail	→ ←	F A X 番号 事業所名 担当者名 電話番号 E-mail
---	------------	--

(フリガナ)		(生年月日)
利用者名	(男・女)	M・T・S 年 月 日 (歳)

送 信	主治医より <input type="checkbox"/> ご相談がありますので____月____日____時頃にお電話をください。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者様のケアプランを 郵送 ・ 持参 してください。 <input type="checkbox"/> その他 []
	担当ケアマネジャーより <input type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーです。よろしくお願ひいたします。(ご挨拶) <input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見などをお伺ひしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせください。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスを開催したいので、ご都合等をお知らせください。 日時：____月____日____時から____時まで 場所：_____ <input type="checkbox"/> その他 []

返 信	主治医より <input type="checkbox"/> 了解しました。今後ともよろしくお願ひします。 (直接お会いします ・ お電話をください) ____月____日____時頃・診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> E-mail で、(連絡します。 ・ 連絡ください。) <input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは (出席します。 ・ 欠席します。 → 別の日程の検討を希望します。) <input type="checkbox"/> その他 []
	担当ケアマネジャーより