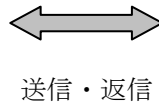


主治医・ケアマネジャー連絡票

F A X 番号 _____ 医療機関名 担当医師氏名 電話番号 E - mail



F A X 番号 _____ 事業所名 担当ケアマネジャー名 電話番号 E - mail
--

利用者名	(生年月日) M・T・S 年 月 日 (男・女)
-------------	--------------------------

送 信	主治医より <input type="checkbox"/> ご相談がありますので _____ 月 _____ 日 _____ 時頃にお電話を下さい。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者様のケアプランを (F A X ・ 郵送) して下さい。 <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ので、よろしくお願ひします (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、日時をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス (_____ 月 _____ 日 _____ 時 場所: _____) を開催したいので、ご都合等をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> その他

返 信	主治医より <input type="checkbox"/> 了解しました。今後もよろしくお願ひします。 <input type="checkbox"/> (直接お会いします ・ お電話を下さい) _____ 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 ・ 連絡を下さい) <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 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">〔</div>
	担当ケアマネジャーより