

主治医・ケアマネジャー連絡票

FAX番号 _____
医療機関名 _____
医師氏名 _____
電話番号 _____
E-mail _____



送信・返信

FAX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 ☐ ご相談がありますので ____ 月 ____ 日 ____ 時頃にお電話を下さい。 ☐ 当該ご利用者様のケアプランを (FAX・郵送) して下さい。 ☐ その他
	担当ケアマネジャーより ☐ 当該利用者の担当ケアマネジャーですので宜しくお願いします (ご挨拶)。 ☐ ケアプランを作成するにあたり病状やご意見をお伺いしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせ下さい。 ☐ 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。 ☐ その他

返 信	主治医より ☐ 了解しました。今後も宜しくお願いします。 ☐ (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 ☐ E-mail で、(連絡します ・ 連絡を下さい) ☐ 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。 ☐ 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) ☐ その他
	担当ケアマネジャーより