

# かかりつけ医・ケアマネジャー連絡票

送付日 年 月 日

宛先	病院	⇔	発信元	事業所名
	先生			担当者
				住所
				TEL
				FAX

日頃より大変お世話になっています。下記の件につき先生と連絡を取りたいと思います。  
お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして返信をお願いいたします。

\*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては本人の同意を得ております。

利用者名	様	介護度	要介護
住所	市		令和 年 月より
生年月日			令和 年 月まで
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など		
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など		
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談・報告		
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになったご挨拶		
<利用者の照会・相談内容等>			
ケアマネジャーへの返信		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要（報告のみ）	

## 連絡方法等並びに回答書（返信）

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（時間帯 月 日 時頃おいでください）
	<input type="checkbox"/> 電話で話します。（時間帯 月 日 時頃電話をください）
	<input type="checkbox"/> 文章で回答します
<回答・助言等記入欄>	
記入日 年 月 日	医師氏名