個人情報のため取扱注意

主治医・ケアマネジャー・地域包括支援センター連絡票

※地域包括支援センターは、行政からの委託機関で、介護認定の申請の支援や介護予防のケアプラン（要支援）の作成などを行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医 | |
| 医療機関名 |  |
| 主治医名 |  |
| 医療相談員名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ケアマネジャー・地域包括支援ｾﾝﾀｰ | |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

【利用者様の基本情報】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  | 性別 | 男　女 | 電話 |  |

【ケアマネジャー・地域包括支援センター 記載欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡内容 | □　受診時同行希望　 　□　報告　 　□　連絡　 　□　相談・問い合わせ 　　□　返信 | | | |
| 連絡事項 | | | | |
| 返信希望の有無 | | □　返信願います　　　□　返信不要 | 記載日 | 年　　　　月　　　　日 |

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに主治医との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡内容 | □　返信　　　□　報告　　　□　連絡　　　□　相談・問い合わせ | | | |
| 詳細 | □　次回受診時に同行してください。  □　直接会って話をします　(日時：　　　月　　　日　　　時頃に来院してください）  □　電話で話をします  （日時：　　　月　　　日　　　時頃に電話をください　・　します）  □　このＦＡＸで回答します。 | | | |
| 連絡事項 | | | | |
| 返信希望の有無 | | □　返信願います　　　□　返信不要 | 記載日 | 年　　　　月　　　　日 |

【医師記載欄】