

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。

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

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	

【利用者様の基本情報】

ふりがな		生年	年 月 日		
氏名		月日			
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	<input type="checkbox"/> 受診時同行希望	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ	<input type="checkbox"/> 返信
連絡事項					
返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 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。

【医師記載欄】

連絡内容	<input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ
詳細	<input type="checkbox"/> 次回受診時に同行してください。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> このFAXで回答します。			
連絡事項				
返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要	記載日	年 月 日