

多 職 種 連 絡 票

宛 先	関係機関等の名称、担当者氏名 _____ _____ 様	発信元	事業所名称、担当者氏名 電話番号 FAX番号

日ごろより大変お世話になっております。下記事項についてご確認いただき、ご都合の良い連絡方法等につきましてご回答などの取り扱いをよろしくお願いいたします。

<本人の同意について>

- ご本人またはご家族の同意を得ています。
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要があり、連絡いたします。

本 人	氏 名		介護度	事業対象・要支援1、2・要介護1、2、3、4、5・申請中		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	年 齢	歳	男 ・ 女	
相 談 内 容	件 名					
	<input type="checkbox"/> 返信をお願いします。（ 月 日頃まで / できるだけ至急回答願います ） <input type="checkbox"/> 返信は不要ですのでご確認ください。					
	<div style="text-align: right;">記入者氏名</div>					

返 信	<input type="checkbox"/> 直接会って回答します（ 月 日 時頃に来所してください） <input type="checkbox"/> 電話で回答します（ 月 日 時頃に電話してください） <input type="checkbox"/> 当連絡票で回答します
	<div style="text-align: right;">年 月 日 記入者氏名</div>

※この多職種連絡票の回答では、診療情報提供書の算定はできません。

※この連絡票はFAX等を使用しますので、取扱いにご注意ください。