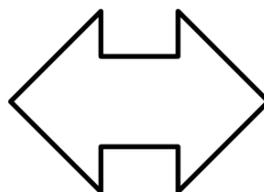


個人情報のため
取扱注意

主治医・ケアマネジャー連絡票

ケアマネジャー	
事業所名	
担当者名	
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			
氏名	生年月日:	年	月 日
住所	性別: 男 女	電話:	

【ケアマネジャー記載欄】

記載日 年 月 日

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

※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】

記載日 年 月 日

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