

## 主治医・ケアマネジャー連絡票

FAX番号 医療機関名 担当医師氏名 電話番号 e-mail	 送信・返信	FAX番号 事業所名 担当ケアマネ 電話番号 e-mail
--	--	---

利用者名	生年月日
	M・T・S 年 月 日(男・女)

送 信	<p><b>担当ケアマネジャーより</b></p> <p><input type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーですので、よろしくお願ひします（ご挨拶）。</p> <p><input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見をお伺ひしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせ下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> ケアカンファレンス（ 月 日 時 分 場所： ）を開催したいので、ご都合等をお知らせ下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
--------	--

返 信	<p><b>主治医より</b></p> <p><input type="checkbox"/> 了解しました。今後もよろしくお願ひします。</p> <p><input type="checkbox"/> （直接お会いします・お電話を下さい） 月 日 時頃・診療時間中いつでも可</p> <p><input type="checkbox"/> e-mailで（連絡します・連絡を下さい）</p> <p><input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。</p> <p><input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは（出席します・欠席します⇒ 別の日程の検討を希望します）</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
--------	---

備考 個人情報保護のため、送信した資料は適切な処理を行っていただきますようお願いいたします。