

多 職 種 連 絡 票

医療機関(医科・歯科)・薬局・事業所名 / 担当部署		医療機関(医科・歯科)・薬局・事業所名 / 担当部署	
担当者名		担当者名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	



下記の方を担当しています。下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。

利用者氏名		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	歳
利用しているサービス(今後、開始予定のサービスも含む)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能	<input type="checkbox"/> 通所介護(認デイ含む) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 不明	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中		

【担当者への連絡・照会事項】

返信をお願いします (至急です) 返信不要です
 相談 依頼 報告 その他

返信

返信方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (月 日 時 分頃に来所してください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時 分頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> 当連絡票で回答します
------	--

【連絡・照会に対するコメント】 特に意見はありません 下記のとおりです

月 日 担当者