

多 職 種 連 絡 票

医療機関(医科・歯科)・薬局・ 事業所名 / 担当部署	〇〇調剤薬局	医療機関(医科・歯科)・薬局・ 事業所名 / 担当部署	地域包括支援センター「長寿」 / 包括
担当者名		担当者名	敦賀 花子
電話番号	22-〇〇〇〇	電話番号	22-8181
FAX番号	22-〇〇〇〇	FAX番号	22-8179



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	K・T	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇年 1月 1日	75 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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

いつもお世話になりありがとうございます。
 上記の方を新規で受け持つことになり、サービス担当者会議を開催することになりました。
 出席をお願いします。
 欠席される場合は、サービス利用に関する御意見ををお願いします。
 担当者会議開催日: 令和元年〇月〇日 〇時～
 場所: 本人宅(〇〇町2丁目〇-〇)

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 checked="" type="checkbox"/> 当連絡票で回答します
【連絡・照会に対するコメント】	<input type="checkbox"/> 特に意見はありません <input checked="" type="checkbox"/> 下記のとおりです
<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇が出席します。 ・欠席 後日結果を教えてください。服薬管理をお願いします。 	
〇月〇日 担当者〇〇 〇〇	