

### 介護事業所→医療機関等 連絡シート

機関・事業所名  
\_\_\_\_\_ 様

職種：  
送付先FAX：

<送付元>  
事業所名：  
担当者名：  
職種：  
電話：  
FAX：

本票送付の目的  連絡  相談  報告  返信願います  返信不要です

ふりがな			性別	生年	
氏名		歳	男・女	月日	年 月 日

要介護度 事業対象者 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中 / 区変中 / 未申請

件名：  
 受診状況  状況変化報告  サービス利用について  介護保険見直しについて  
 ケアカンファレンス参加のお願い  その他( )

<内容>

### ご回答欄

①✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 了解しました。  <input type="checkbox"/> 報告します。  <input type="checkbox"/> 連絡ください。	②その他、ご意見等をお聞かせください。
--	---------------------

担当者： \_\_\_\_\_ 年 月 日

◆◆◆◆◆◆◆ 下記へご回答(送付)をお願いいたします ◆◆◆◆◆◆◆

担当者名： \_\_\_\_\_ FAX番号： \_\_\_\_\_  
 担当者への連絡希望時間  有(AM・PM) 時頃  なし

※個人情報につき取り扱いにはご注意ください。  
 ※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。