

初回連絡シート

ケアマネジャー ⇒ 病院・診療所 歯科診療所 薬局

送付先

機関名

添付文書
(本票含む)

枚

先生 御侍史

(送付先FAX:)

私は、下記の患者様の担当ケアマネジャーとなりました。
今後、ケアプラン作成や介護サービスの利用等についてご意見、ご指導をいただきますよう、
よろしくお願いいたします。

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

件名:

ふりがな		性別	生年	
氏名	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	月日	年 月 日

本人住所 〒

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

ケアマネジャーからの質問・連絡等

添付書類 ケアプラン 週間計画表 その他()

ケアマネジャーへの連絡希望時間 有(AM ・ PM 時頃)・ なし

ご回答欄

◆先生へのご連絡の際、ご都合の良い方法について教えてください
 電話(時頃) FAX E-mail()

◆質問のご回答をお願いします。

①✓を入れてください。 ②その他、ご意見等をお聞かせください。

サービス利用可

特に制限なし

退院時指示の通り

要経過報告

年 月 日

◆◆◆◆◆ 下記へご回答(送付)をお願いいたします ◆◆◆◆◆

事業所名	電話	希望時間	AM PM	時頃
担当ケアマネジャー	FAX			
	E-mail	@		