

多職種連絡シート

送付文書
(本票含む) 枚

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

	_____ 様	
	職種: 送付先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			男・女	月日	年	月

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:

用件:

ご回答欄

①✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 確認しました。 <input type="checkbox"/> 後ほど連絡します。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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。