

# F A X 連 絡 票

平成 年 月 日

宛 先	医院・クリニック 診療所・病院	発 信 元	居宅介護支援事業者
	( 科 )		TEL - FAX - E-mail _____ 介護支援専門員
主治医		様	
<p>下記の方の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。先生のご都合をお伺いいたしたく、FAXにて連絡をさせていただきました。</p>			
利用者氏名			
(生年月日) M T S 年 月 日			
先生への連絡事項			

キリトリ線 平成 年 月 日

事業者名		←	医院名	
担当者名			主治医名	
TEL ( )			TEL ( )	
FAX ( )			FAX ( )	

## F A X 連 絡 票 ( 回 答 )

利用者の イニシャル等	
ケ ア マ ネ ジ ャ ー へ	<p>【連絡方法】 1. 電話 2. FAX 3. 訪問 4. E-mail</p> <p>【曜日・時間帯】</p> <p>1. 診療時間中いつでも可</p> <p>2. 下記の曜日と時間帯</p> <p>月 火 水 木 金 土 の ( ) 時頃</p> <p>【連絡事項】 その他の時間、E-mailアドレス等々</p>
	( )

お手数をおかけいたしますが「ケアマネジャーへ」欄の該当のところに 印等をご記入いただき、切り離しの上、発信元へFAXにて返信いただきますようお願いいたします。