ＦＡＸ連絡票

平成　　年　　月　　日

宛先	医院・クリニック 診療所・病院 （　　科） 主治医　　様	発信元	居宅介護支援事業者 ＴＥＬ ＦＡＸ E-mail 介護支援専門員

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。

利用者氏名　　様　（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	
担当者名	様
ＴＥＬ	
ＦＡＸ	

医療機関名	
主治医名	
ＴＥＬ	
ＦＡＸ	

ＦＡＸ連絡票（回答）

利用者のイニシャル等	

ケアマネジャーへ

【連絡方法】　１．電話　　２．ＦＡＸ　　３．訪問　　４．E-mail

【曜日・時間帯】

１．　診療時間中いつでも可

２．　下記の曜日と時間帯

月　火　水　木　金　土　の（　　）時頃

【連絡事項】その他の時間、E-mail アドレス等々

※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、折り返し発信元へＦＡＸにて返信いただきますようお願いいたします。

（神戸市医師会推奨）　　（神戸市介護サービス協会 様式第１号）

2009.3 改