病診介護　連携連絡シート

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき貴職と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、返信欄にご記入のうえご返信のほどお願い申し上げます。

宛先	病院・事業所・診療所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様（宛） TEL　　FAX

⇐

発信元	病院・事業所・診療所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（発信） TEL　　FAX

〈平成　　年　　月　　日〉

＊なお、この照会を行うこと及び貴職から情報提供いただくことについては、

□ ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。　　同意した日 平成　　年　　月　　日

□ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏　名		介護度	要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５ 特定高齢者	
	住　所		TEL		
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）		男　・　女	
連絡内容	□ 利用者についてのご相談およびご依頼				
	□ 医療系サービスを導入するにあたり、主治医・看護師の意見・相談など				
	□ 介護系サービスを導入するにあたり、介護職・ケアマネの意見・相談など				
	□ ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など				

＜利用者の照会・相談内容等＞

担当者名

連絡回答書（返信）

連絡方法等	□ 直接会って話をします（時間帯　　月　　日　　時頃お出でください）
	□ 電話で話をします　　（時間帯　　月　　日　　時頃電話をください）
	□ 文書で回答します　　□ メールで回答します

〈連絡欄　〉

平成　　年　　月　　日　　氏名