

F A X 連 絡 票

当院 F A X 0 2 2 3 - 3 7 - 1 3 1 8

発信日：平成 年 月 日
返信日：平成 年 月 日

宛 先	独立行政法人国立病院機構 宮 城 病 院 地 域 医 療 連 携 室	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、貴院スタッフより情報をいただきたく存じます。

利用者氏名

(生年月日) M T S 年 月 日

【相談方法】

- 1 . カンファレンス(参加希望スタッフ 医師 リハスタッフ MSW 担当看護師)
- 2 . 書面での相談(介護情報提供書、診療情報提供書使用、訪問看護指示書請求)
- 3 . 電話での回答

通
信
欄