

久喜市の医療と介護の多職種連携・連絡票

あて先 電話番号 FAX番号 担当者名	御中 様	送付先 電話番号 FAX番号 担当者名
----------------------------------	-----------------	----------------------------------

下記の件について、連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れいりますが、ご都合のよい連絡方法等について、返信をお願い申し上げます。

なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

- ご本人の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日 年 月 日
- ご本人の心身状況からは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。

氏名(イニシャル)	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日	性別 男・女
介護度の有無 あり・なし その他	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 その他	
件名		
<input type="checkbox"/> 至急の要件なので、改めて電話にて連絡します <input type="checkbox"/> ご返信ください <input type="checkbox"/> 返信は不要ですが、ご確認ください <input type="checkbox"/> その他		
<相談内容>		

.....連絡方法等並びに回答書(返信)

(相談方法等) <input type="checkbox"/> 直接会って話をします(月 日 時頃お出でください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時頃電話ください) <input type="checkbox"/> 文書で回答します
(回答・助言等) 年 月 日 氏名