医院・クリニック

**ケアマネジャー⇒医師**

　　　　　　　　　診療所　・　病院　　　　　　　　　　　　　　　先生

貴院を受診されている　　　　　　　　　　様(笛吹市　　　　　　町　　　　　　)の

介護保険における担当ケアマネジャーをしております。

今後サービス提供はもとより、ご利用者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。

【今回FAXをお送りした主旨】

□担当ケアマネジャーになったご連絡　　　　 □相談、助言等頂きたいことがあります

□ケアプラン作成上の留意事項について　　　　□連絡及び報告

居宅介護支援事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

担当者携帯番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E‐mail

※なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供をいただくことについては

□ご本人・ご家族の同意を得て、連絡しております。　 同意した日：令和　 年 　 月　 日

□ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですので連絡いたします。

**医師⇒ケアマネジャー**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　返信日：令和　　　年　　　月　　　日

※情報提供に用いる連絡方法についてご記入の上、ご返信ください。

【連 絡 方 法】　 □TEL　□FAX　□面談　□E-mail(　　　　　　　　　　　　)　□郵送

【曜日・時間帯】　□診療時間中いつでも可

　　　　　　　　 □月　□火　□水　□木　□金　□土 (　 ：　 　～　 ：　　)

 □日時指定(　　　月　　日　　　時頃、または　　　月　　日　　時頃)

【連絡事項】ご本人に関する事項、アドバイス等ございましたらご記入ください。