**Ｆ　Ａ　Ｘ　連　絡　票**

　　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

　　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。