# Ｆ　Ａ　Ｘ　連　絡　票

年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 宛先 | 医院・クリニック<br>診療所・病院<br>（　　科）<br>主治医　　様 | 発信元 | 居宅介護支援事業者<br>ＴＥＬ<br>ＦＡＸ<br>E-mail<br>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<br>【曜日・時間帯】<br>１．　診療時間中いつでも可<br>２．　下記の曜日と時間帯<br>月　火　水　木　金　土　の（　　）時頃<br>【連絡事項】その他の時間、E-mail アドレス等々<br>（　　） |

※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〇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。

（神戸市医師会推奨）　　（神戸市介護サービス協会 様式第１号）

2019.4 改