久喜市の医療と介護の多職種連携・連絡票

送付先

電話番号

FAＸ番号

担当者名

あて先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

電話番号

FAＸ番号

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

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。

性別

男　・　女

　・　女

生年月日　　　明治・大正・昭和

　　　　　年　　　　月　　　　　日

氏名（イニシャル）

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

* 至急の要件なので、改めて電話にて連絡します　　　 □　ご返信ください
* 返信は不要ですが、ご確認ください　　　　　　　　　　　□　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）　□　直接会って話をします（　　月　　日　　　時頃お出でください）

　　　　　　　　　　□　電話で話をします　　　（　　月　　日　　　時頃電話ください）

　　　　　　　　　　□　文書で回答します

（回答・助言等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日氏名

久喜市在宅医療・介護連携推進会議