

むなかた地域 多職種連絡シート

送信元



受信先

所 属:	所 属:
担当者名:	担当者名:
T E L :	T E L :
F A X :	F A X :
E-mail :	E-mail :

<送信枚数> 枚	<本票送付の目的> <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	<返信希望の有無> <input type="checkbox"/> 返信希望 <input type="checkbox"/> 返信不要
-------------	--	--

- 下記の方を担当しています。下記事項についてご指示・ご確認をお願いします。
この情報を提供することについて、ご本人又はご家族からの同意を頂いています。

氏名 (例:山●太●)	男	年 月 日 (### 歳)
----------------	---	----------------

<連絡・照会事項>

- ケアプラン作成(新規・更新・区分変更)時の意見について
 サービスを導入・継続するにあたり、相談や意見について
 利用者の症状における助言や指示について
 利用者の下記状況についての相談や報告について
 サービス担当者会議に関することについて
 その他()

<内容等>

*** 返信欄 ***

- 当連絡シートで回答します
 電話で話をしますので、都合の良い時に電話をください

<連絡・照会事項に対するコメント>

記載日: 令和 年 月 日