|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | ：  |  | 事業所名 | ：  |
| 担当者名 | ： |  | ご担当者様 | ： |
| 電話番号 | ： |  | 電話番号 | ： |
| FAX | ： |  | FAX | ： |

医療と介護の連携シート

個人情報保護の趣旨に則り、特に、対象者様の氏名につきましては、ご留意ください。

記入例：摂 ●　太 ▲

（またはイニシャル等で記入）

* **送信用　　　記入日： 20 　　年　　月 　 日**

|  |
| --- |
| 【個人情報について】下記の照会および回答をいただくことに関して |
|  | □ ご本人もしくはご家族からの同意を得ています。 |
|  | □ ご本人の心身状況から未だ同意は得ていませんが、ご本人に必要と考え連絡させていただきます。 |
| 対象者様氏名・年齢生年月日・性別 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　□男性　□女性□Ｍ □Ｔ □Ｓ　　　　年　　　　月　　　日生まれ　　　歳 | 介護認定 | □あり(　　　　　）□なし　□申請中 |
| 連絡理由 |  |
| 課題・問題点 |  |
| 状況 |  |
| その他 |  |

|  |
| --- |
| **□** お手数ですが下記ご記入の上、FAXかお電話でご返信お願いいたします。 |
| □ この度はご連絡のみです（ご返信は不要です）。 |

■緊急度（絵を○で囲んでください）

**□２．大至急**

**□１．なるべく早く**

**□０．通常**

* **返信用　　記入日： 　　月 　　 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | □ 直接会って話をしたい □ 電話でお伝えします　 □ 文書で回答します（□この文書 □別紙 ）　　 |
| 　　　 　 月　　　日　　　時頃に( □ご来訪ください □電話をください □電話をします ) |
| あるいは　　　月　　　日　　　時頃に( □ご来訪ください □電話をください □電話をします ) |
| □ 詳細な情報をFAXしてください。 |
| 連絡事項 |  |