

# 主治医への連絡票（相談用）

（ 依頼日 ） 年 月 日

提供先	医療機関名	渥美病院
	担当部署	地域連携室
	連絡先	電話： 0531- 22- 2131(代) FAX： 0531- 22- 0284(代)



提供元	事業所名	
	担当者氏名	
	連絡先	電話：

私が担当する下記利用者についてご連絡がありますので、  
主治医（ ）先生に、以下の内容をお知らせください。

## 利用者基本情報

ふりがな		性別	住所 <small>(町名までで可)</small>	・田原市 ・豊橋市	町
氏名		男・女			
生年月日	・大正 ・昭和	年 月 日	歳	介護認定	・申請中 ・要支援1 ・要支援2 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5

## 連絡内容

<input type="checkbox"/>	医療系サービス利用に向けた、主治医への意見確認				
	サービス種別				
	事業所名 利用頻度				
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の開催連絡				
	開催場所	開催日時	年 月 日	時 分	より
<input type="checkbox"/>	その他 ( )				
連絡欄					

\*\*\* 以下病院処理欄（手書き） \*\*\*

## 受付処理

患者 D	
受領日	年 月 日
受付者	



## 医師確認

1、特に意見・要望なし			2、意見・要望あり			3、質問あり		
意見・要望欄								
* サービス担当者会議の出欠 *			出席			欠席		
(欠席理由)								

## 回答（電話連絡）

回答者	
回答日	年 月 日

