

# 主治医への連絡票（ケアプラン提出用）

（ 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 (町名までで可)	・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

\* 複数項目を選択可

<input type="checkbox"/>	ケアプランの報告（必要時） *添付のケアプラン参照ください。
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> サービス変更 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/>	渥美病院から依頼を受けてのケアプラン提供
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		

## 回答（電話連絡）

回答者	
回答日	年 月 日

