

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ケアプランを提出いたします。
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)	市	町
氏名						
生年月日	・大正 ・昭和	年	月	日	歳	介護認定 ・申請中 ・要介護2 ・要支援1 ・要支援2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5

■連絡内容

☐	ケアプランの報告（必要時）
* 定期的なケアプランの報告の場合はこちらをチェック下さい。 別途主治医から意見の確認が必要な場合は、利用者様の診察に同席いただくか、地域連携室まで個別にご相談下さい。	

	渥美病院から依頼を受けてのケアプラン提供
* 退院前の連携（院内での話し合い・カンファレンス）実施時は、こちらにチェックして提出下さい。	

＊＊ 以下病院処理欄（手書き） ＊＊

■受付処理

患者ID	
受領日	年 月 日
受付者	