多職種連携のための連絡票　【 返信要 ・ 不要 】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名: |  | 事業所名: |
| 所在地: | 所在地: |
| TEL: | FAX: | TEL: | FAX: |
| 氏名・職種: | 氏名・職種: |
| **＜本人の同意について＞**[ ] 　ご本人の同意を得ています。（同意した日：令和　　　年　　　月　　　日）[ ] 　ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。 |
| 本　人 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　所 |  | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 介護保険サービスや障害福祉サービス等の状況 |  |
| 連絡内容・理　　　由 | [ ] 本人の状況の相談　　　[ ] 本人の状況の報告　　 [ ] ケアプラン作成　　　[ ] サービス内容[ ] 治療方針　　　[ ] 服薬状況　　　[ ] 留意事項　　　　[ ] サービス担当者会議の依頼[ ] その他： |
| ＜　内　容　＞ |
|  |  |
| 令和　　　　年　　　月　　　日　 |
| **返　信** |
|  |  |
| 令和　　　　年　　　月　　　日　 |