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 | | | | | | | | | | | | | | |