

送信日 令和 年 月 日

個人情報の漏洩を防止するため、番号の間違いないよう注意してください。

サンプル 外来担当医と在宅支援者の相談及び連絡票

* あ て 先	医療機関名 中部徳洲会病院 担当医	* 発 信 元	在宅支援・介護事業所名 電話番号 - - FAX 番号 - - 担当者名
------------------	-------------------------	------------------	---

下記の利用者のことについて、担当医と面談を希望します。また、利用者本人が来院できない場合は、本人同意が必要となります。

* 利 用 者	氏名 _____ 生年月日 _____	男 ・ 女	介護度 (下記にマルをつけてください) 要支援1 要支援2 要介護 (1、2、3、4、5)
------------------	------------------------------	-------------	--

連 絡 内 容	* 下記に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 利用者の状況についての報告 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたって、病状などの相談 <input type="checkbox"/> その他 (
------------------	--

連絡・相談内容は明確にお願いします。

* 利用者の生活状況 (できるだけ詳しくご記入ください)

簡潔にわかりやすくご記入ください。

* 利用者の相談内容

- (1)
- (2)
- (3)

担当医からの回答

回答方法	<input type="checkbox"/> 面談にて回答 (予約にて対応 月 日 時頃) (<input type="checkbox"/> 利用者本人が来院できない場合は、本人同意が必要となります。) <input type="checkbox"/> 電話での回答 (連絡の時間 月 日 時頃に電話してください。) <input type="checkbox"/> 文書での回答 (下記のとおりです。)
------	---

<担当医からの回答内容>

記入日 令和 年 月 日

患者 ID()

送信日 令和 年 月 日

外来担当医と在宅支援者の相談及び連絡票

*	医療機関名	*	在宅支援・介護事業所名
あ	中部徳洲会病院	発	
て	担当医	信	電話番号 - -
先		元	FAX 番号 - -
			担当者名

下記の利用者のことについて、担当医と面談を希望します。また、利用者本人が来院できない場合は、本人同意が必要となります。

*	氏名 _____	男	介護度 (下記にマルをつけてください)
利	生年月日 _____	・	要支援1 要支援2
用		女	要介護 (1、2、3、4、5)
者			
連	* 下記に☑を入れてください。		
絡	<input type="checkbox"/> 利用者の状況についての報告		
内	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたって、病状などの相談		
容	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	* 利用者の生活状況 (できるだけ詳しくご記入ください)		
	* 利用者の相談内容		
(4)			
(5)			
(6)			

担当医からの回答

回答方法	<input type="checkbox"/> 面談にて回答 (予約にて対応 月 日 時頃) (<input type="checkbox"/> 利用者本人が来院できない場合は、本人同意が必要となります。)		
	<input type="checkbox"/> 電話での回答 (連絡の時間 月 日 時頃に電話してください。)		
	<input type="checkbox"/> 文書での回答 (下記のとおりです。)		
<担当医からの回答内容>		記入日	令和 年 月 日
患者 ID(_____)			