医療と介護の多職種連携・連絡票　FAX送信票

送付先

電話番号

FAＸ番号

担当者名

あて先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

電話番号

FAＸ番号

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

日頃より大変お世話になっております。下記の相談が有りますので、お忙しいところ誠に恐れいりますが、よろしくお願いいたします。

◆利用者の情報

性別　　男　・　女

　・　女

氏名（イニシャル）

生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日

◆送信者記載欄

件名

* 至急の要件なので、改めて電話にて連絡します　　　□　ご返信ください
* 返信は不要ですが、ご確認ください　　　　　　　　　　　□　その他

＜相談内容＞

◆受信者記載欄

（相談方法等）　□　直接会って話をします（　　月　　日　　　時頃お出でください）

　　　　　　　　　　□　電話で話をします　　　（　　月　　日　　　時頃電話ください）

　　　　　　　　　　□　文書で回答します

（回答・助言等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日氏名

久喜市在宅医療・介護連携推進会議