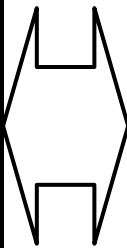


医療と介護の連絡票

令和 年 月 日

宛 先	医療機関名 事業所名		発信元	医療機関名 事業所名
	TEL			TEL
	FAX			FAX
	氏名			氏名
	職種又は役職			

患者・利用者	氏 名 (※)		介護度	☐ 申請中	☐ 要支援1	☐ 要支援2
	生年月日 (※)	明・大・昭 年 月 日		☐ 要介護1	☐ 要介護2	☐ 要介護3
	住 所			☐ 要介護4	☐ 要介護5	☐ 認定なし
	※ 患者・利用者に関する連絡の場合は必ず記載する。					

連絡内容	☐ ① 報告
	☐ ② 相談
	☐ ③ 確認
	☐ ④ 情報提供
	☐ ⑤ その他 ()

☐ 返信は不要です ☐ 返信を希望します

回答

- ★ この連絡票は、医療・介護の連携促進に向けて作成しました。利用の際は、相手方の医療機関や事業所に確認のうえご活用ください。また、情報提供に当たっては、本人、御家族の同意を得たうえでご活用ください。
- ★ 情報提供料が発生する場合は、この連絡票ではなく別途連絡をお願いします。
- ★ このほか、この連絡票の利用については、「『医療と介護の連絡票』の使い方」を参照してください。