

西成区連携シート

〈 本日中 3日以内 7日以内 〉

作成日 年 月 日 ()

発信元	
担当者	
職 種	
TEL	FAX



受信元	
担当者	
職 種	
TEL	FAX

平素はお世話になり、ありがとうございます。下記の利用者について、ご意見を賜りたく連絡をさせていただきます。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答をお願いいたします。

(利用者情報)

氏 名	個人情報取り扱いに注意！	男 ・ 女	生年月日	M T S H	年	月	日	歳
			要介護度	介護	支援	申請中		

紹介及び情報提供をいただくことはご本人に同意を得ております。 同意日 年 月 日 ()

ご本人の心身の状況から同意は得られておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

(表 題)

目 的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信	返信希望	<input type="checkbox"/> 要返信	<input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> ご挨拶	<input type="checkbox"/> 利用者の心身の状況について	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について	<input type="checkbox"/> 院内介助について	<input type="checkbox"/> 福祉用具導入における医学的意見	<input type="checkbox"/> 主治医意見書作成について	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の意見について	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 薬のことについて	<input type="checkbox"/> 医療系サービス導入について		<input type="checkbox"/> 口腔ケアについて (う蝕・歯周病・義歯)				



下記の通り回答します。		回答者	記入日	年	月	日
目 的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信	返信希望	<input type="checkbox"/> 要返信 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> 電話で回答	<input type="checkbox"/> 直接会って回答	(月	日	時頃)
<input type="checkbox"/> 文書で回答	<input type="checkbox"/> FAXで回答	<input type="checkbox"/> その他				

※ FAXを使用する場合は利用者の情報を記号・イニシャルにする等、個人情報の取り扱いに十分ご注意ください。