

大和郡山市在宅医療・介護連携シート

年 月 日

宛先	御中	発信元	医療機関 事業所名	
			電 話	
			F A X	
			発 信 者	

平素より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記の件につきましてFAXさせていただきます。

この情報提供については本人から同意を頂いています。

要 介 護 度

フリガナ		性別	生年月日	電話番号
氏 名			年 月 日	
本票送付目的	<input type="checkbox"/> ()について <input type="checkbox"/> 担当者自己紹介			報告・連絡・相談
内容				

上記内容について、 返信願います ・ 返信不要です

回答方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話します	日時:	月	日	時頃にお越しく下さい
	<input type="checkbox"/> 電話で話します	日時:	月	日	時頃に連絡ください
	<input type="checkbox"/> 連絡事項等について了承しました	<input type="checkbox"/> 下記のとおりです			
伝達事項など					
令和 年 月 日 回答者氏名:					