

連携連絡票

介護事業所 ⇒ 歯科医療機関

令和 年 月 日

宛先	医療機関	発信元	介護事業所
	名称		名称
	所在地		所在地
	電話番号		電話番号
	FAX 番号		FAX 番号
	主治医		介護支援専門員

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、FAXにて返信をお願い申し上げます。

* なお、この照会を行うこと及び先生からご回答いただくことについては、

ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 令和 年 月 日

利用者	氏名		介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男・女
認知症高齢者の日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
連絡内容	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など <input type="checkbox"/> 訪問歯科・口腔ケア等を導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
〈相談内容等〉				

連絡方法等並びに回答書 (返信)

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (時間帯 月 日 時頃お越しく下さい) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (時間帯 月 日 時頃お電話をください) <input type="checkbox"/> 文書で回答します
〈歯科医師からの回答・助言等〉	
令和 年 月 日 氏名	㊟