

【歯科医療機関 ⇒ 介護事業所】 診療情報提供書 (連携連絡票)

令和 年 月 日

情報提供先事業所の名称

提供元医療機関の名称

所在地

TEL

FAX

介護支援専門員名

歯科医師名



(フリガナ) 患者氏名		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
傷病名 (歯科)			
居宅療養管理指導費算定の有無 (あり・なし)			
〈連絡内容〉 <input type="checkbox"/> 病状や治療内容等についての情報提供 <input type="checkbox"/> 訪問歯科・口腔ケア等を行うにあたり、介護支援専門員の意見・相談など <input type="checkbox"/> ケアプランやサービスプランなどの情報提供依頼 〈相談内容・傷病の経過及び治療状況等〉			

介護サービス情報提供書 (返信) FAX 等にてご返信をお願い致します

〈照会内容等に関する事項および特に連絡すべき事項〉

承知しました。ケアプランに反映させていただきます。

令和 年 月 日 担当介護支援専門員

