

歯科医療と介護の共通連絡票（主治医・ケアマネジャー・訪問看護師連絡票）

歯科医療機関の名称 所在地 電話番号 FAX番号 主治医	←  →	事業所の名称 所在地 電話番号 FAX番号 担当介護支援専門員（看護師） 氏名
--	------------	--

◆利用者の情報

ふりがな		男女	生年月日	M・T・S	年	月	日
氏名							
住所							
要介護度	要支援1・2		要介護1・2・3・4・5		申請中		

◆ケアマネジャー・看護師記載欄

本票送付の目的≫ <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無≫ <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
<内容>	

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的≫ <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談	返信希望の有無≫ <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
→ <input type="checkbox"/> 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 → <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します	
<内容>	