

令和 年 月 日
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 氏名 | 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 | |

◆ケアマネージャー・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 | レ チェックを入れて下さい |
| 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 | レ チェックを入れて下さい |
| | <input type="checkbox"/> 返信願います | | <input type="checkbox"/> 返信不要です | | |
| | → 電話してください ⇒ 月火水木金土の 午前・午後 ()時頃 | | | | |
| 下記のとおり回答します | | | | | |
| <内容> | | | | | |