

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 <div style="text-align: right;">氏名</div>	<div style="font-size: 2em;">←</div> <div style="font-size: 2em;">→</div>	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) <div style="text-align: right;">氏名</div>
--	--	--

◆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 ≫	報告	連絡	相談	返信	レ チェックを入れて下さい
返信希望の有無 ≫	返信願います		返信不要です		
<内容>					

◆歯科医師記載欄

本票送付の目的 ≫	返信	報告	連絡	相談	レ チェックを入れて下さい
<div style="font-size: 3em;">→</div>	返信願います		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>					