

病院・事業所との連絡票

発信日：令和 年 月 日

FAX:06-6871-0291

※ 令和 年 月 日 までにご返信願います。

宛先	医療機関名	病院・事業所名
	大阪府済生会千里病院 医師 患者支援センター 担当	先生(宛) 様(宛)
	発信元	TEL FAX 氏名

日頃から大変お世話になっております。下記の件につきましてご連絡いたします。なお、ご都合の良い連絡方法等によりご回答いただきますようお願いいたします。

なお、この照会を行うこと及び病院から情報提供いただくことにつきまして、

【ご本人 ご家族】の同意を得てご連絡いたします。 同意日 令和 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	介護度	事業対象者	要支援	1	2		
	住所	TEL	要介護	1	2	3	4	5
	生年月日	年 月 日生 (歳)					男・女	
照会 目的	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供書の送信							
	<input type="checkbox"/> 退院後のケアプランの原案について							
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談							
	<input type="checkbox"/> 担当および配属の挨拶							
	<input type="checkbox"/> その他（下記のとおりです）							
<相談内容等>								
<input type="checkbox"/> 連絡、確認のみ（受信確認欄へのチェックのみで結構です） <input type="checkbox"/> 上記の件についてご回答のほどよろしく願います 担当者名								

病院からの回答（返信）

連絡 方法等	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供書を確認しました <input type="checkbox"/> ケアプランを確認しました <input type="checkbox"/> 直接会ってお話をさせていただきます（ 月 日 時頃にお越しください） <input type="checkbox"/> 電話でお話をさせていただきます（ 月 日 時頃に電話をください・します） <input type="checkbox"/> 文書（FAX）で回答させていただきます（下記のとおりです）
<通信欄>	
令和 年 月 日 患者支援センター 氏名	