**様式５（医師・歯科医師　⇒　ケアマネジャー等）**

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宛  先 | 事業所名  担当者名  電話番号  FAX番号  E-mail | 発  信  元 | 医療機関  担当者名  電話番号  FAX番号  E-mail |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名 |  | 介護保険番号 | |  | |
| 住　　所 |  | | TEL |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） | | | | 男　・　女 |
| 依頼内容 | | 上記の利用者につき　　　　　　　　　　　　　　　のため、介護（予防）サービス等の情報提供を依頼します。（　電話 ・ FAX ・ メール ）にて返信をお願い致します。 | | | | |
| ＜利用者の照会内容等＞  医師・歯科医師 　　　　 　　　　　印 | | | | | | |

**介護サービス等情報提供書（返信）**

|  |
| --- |
| ＜照会内容等に関する事項および特に連絡すべき事項＞  平成　　　年　　　月　　　日　　　担当者　職氏名　　　　　　　　　印 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　H31.３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会作成