

宛先機関名

様

送信日 年 月 日

依頼機関名

送信者氏名

塩釜地区医療・介護連携シート

ふりがな		性別	生年月日	要介護度
対象者氏名		男・女	明・大・昭 年生 (歳)	
対象者住所	塩竈市・多賀城市・松島町・七ヶ浜町・利府町 在住			
担当ケアマネジャー	所属		氏名	

連絡目的	挨拶 報告 確認 相談 依頼 その他()
------	-----------------------

要旨	
----	--

回答	必要 (月 日頃まで) ・ 不要
----	-------------------

回答 (返信)	
---------	--

上記の内容送付についての同意の有無 本人(家族)の承諾を得た上で送信しています。

有 (同意者→ 本人: 家族:)

無 (ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、連携支援が必要と思われるので連絡いたします)

返信先(FAX番号)

— —

連絡先(電話番号)

— —

【お願い】 万が一、お心当たりのない方の情報が送信された場合は、大変恐縮ですが上記の連絡先までご連絡をいただきますようお願い致します。