

様式5(記入例)

多職種とケアマネジャーとの連絡票(自由様式)

〇〇年〇〇月〇〇日(〇)

◇宛先		◆発信元	
住所	〒〇〇〇-〇〇〇 佐世保市〇〇町〇〇-〇	住所	〒〇〇〇-〇〇〇 佐世保市〇〇町〇〇-〇〇
事業所名	〇〇通所リハビリテーション事業所	TEL	0956-〇〇-〇〇〇〇
		FAX	0956-〇〇-〇〇〇〇
		E-mail	takeko@xxx.xxx.com
氏名	眼鏡 岩男 様	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
		氏名	弓張 岳子
■利用者情報			
利用者氏名	ふりがな さいかい はしぞう 西海 橋蔵 (男・女)	生年月日	M・T・S・H 〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)
介護度	未申請 ・ 申請中(更新・変更) ・ 要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5)		
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇	TEL	0956-〇〇-〇〇〇〇
		FAX	0956-〇〇-〇〇〇〇
【連絡事項】 「新規利用者の体験利用のお願い」について 上記の方は現在通所介護を週1回ご利用されておりますが、ご家族がリハビリテーション目的でそちらの通所リハビリテーションのご利用を希望されております。 ご本人の意向確認のため、一度、見学体験をお願いします。 都合の日時を調整後、ご連絡いただければ幸いです。 宜しくお願ひ致します。 ※ご本人の詳細につきましては、添付資料をご参照ください。			
添付資料	有 ・ 無	資料枚数	本紙含めて 3 枚
添付資料内容	利用者情報書		