

【歯科医師からケアマネジャーへの連絡票】

年 月 日

宛 先	事業所名：	発 信 元	医療機関名：
	氏名：		氏名：
	所在地：		所在地：
	TEL：		TEL：
	FAX：		FAX：

利用者名 男・女 T・S・H 年 月 日生 (歳)

住所 TEL

(介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 不明)

照会・相談・要望等

診療情報等の提供をお願いします。

【ケアマネジャーからの回答(返信)】

- 連絡票の内容を確認しました。
 別紙参照してください。

年 月 日 氏名