

# ケアマネジャー・主治医連絡票

年 月 日

燕労災病院 地域医療連携室行  
(FAX 0256-64-5232)

科 先生

事業所名  
所在地  
TEL  
FAX  
e-mail  
担当ケアマネジャー名

様(M・T・S 年 月 生)のケアプランを作成するにあたり  
下記につきましてご教示いただきたくお願い申し上げます。  
なお、ご照会につきましては(ご本人、ご家族)の了解を(得ています。得ていません)

【照会事項】

【照会理由】

医師記入欄

年 月 日 医師名  
(燕労災病院標準様式)