

医療と介護支援専門員の連絡票(表紙)

平成 年 月 日

宛 先	医療機関名	発 信 元	介護事業所名
	薬局名		住所
	TEL		
	FAX		TEL FAX
	医師名 歯科医師名 薬剤師名 先生(宛)		氏名

日頃より大変お世話になっています。
先程、お電話させていただいた患者様のことで別紙の件につき、先生とご連絡を取らせていただきたいと考えております。
お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご都合のよい連絡方法などにつきまして、ご回答お願いいたします。

*なお、この照会を行うことおよび医師、歯科医師、薬剤師の先生から情報提供を頂くことについては、

☐ ご本人またはご家族の同意を得ています。
☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。