医療介護連携連絡票

居宅介護支援事業所	
事業所名	
担当者	
電話番号	
FAX番号	

医療機関(FAX番号)
☐ 安城更生病院　医療福祉相談室 FAX　0566-75-2523
☐ 八千代病院　患者支援センター FAX　0120-811-814
☐ 松井整形外科 FAX　0566-55-5503
☐ その他(　　)

いつもお世話になっております．お忙しいところ恐縮ですが、書類を確認後、
ご署名していただき、返信くださいますようお願い致します。

患者氏名		生年月日	年　月　日生	性別
				男 ・女

居宅介護支援事業所
送付書類 ☐入院時情報提供書 ☐ケアプラン 送付日　令和　年　月　日 計　　枚(表紙含まず)

医療機関
書類確認をしました。 受取日　令和　年　月　日 確認者　　.