

(どちらかを○で囲んでください)

問い合わせシート・カンファレンス(サービス担当者会議)

医療機関・事業所・担当者・電話番号・FAX番号はもれなく記入して下さい

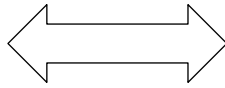
送信枚数
枚

【送信者】

事業者:
担当者:
TEL :
FAX :

問い合わせ日

年 月 日



【返信者】

事業者:
担当者:
TEL :
FAX :

対象者の氏名・生年月日(同姓同名の取り違いを防ぐため)を正確に記入して下さい

返信希望日を記入して下さい

上記のお問合わせに、回答の程よろしく願いいたします。(返信希望日: 年 月 日迄)

氏名 _____ 生年月日 M・T・S 年 月 日 歳

住所 _____

対象者・家族・親族から署名・捺印を頂いて下さい。

対象者自筆の場合は捺印不要です。代筆者が記入した場合は代筆者の捺印をお願いします。

私は以下の問い合わせについて回答することに同意します。

(カンファレンス・サービス担当者会議に、本人・家族・親族が参加です)

【情報提供の同意】

同意年月日 _____ 年 月 日 氏名 _____

本人が署名できない場合 代筆者氏名 _____ 印 続柄()

その他

特記事項 _____

【照会内容】

- 面接希望 (誰と: _____) 介護サービス利用について
- 主治医意見書に関する事 その他
- カンファレンス・サービス担当者会議開催依頼 (希望日を本人・家族・親族と調整の上、目的・出席予定者を記入)

【回答欄】

年 月 日

担当者名 _____