**連絡・報告シート**

**送信日：　　　　　　　　　　　　　　　この用紙を含め　　　　　　枚**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名：  主治医：  電　話：  ＦＡＸ：  E-mail： | 所属事業所：  担当者：  電　話：  ＦＡＸ：  E-mail： |

下記の方の

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 用 件 | □ 現在の生活状況等について  □ 今後の担当機関（担当者）を  □ 現在の生活状況等について  □ | 連絡・報告します  （お返事・ご返信は不要です） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 要介護度 | □ 事業対象者　□ 要支援１　 □ 要支援２　□ 未認定　□ 申請中  □ 要介護１　 □ 要介護２　 □要介護３　 □要介護４　 □要介護５ | | |
| 連絡  ・  報告  ・  内容 |  | | |

* 本人・家族から個人情報に関する使用の同意を得ています。
* 記載されている情報は目的以外に使用致しません。

芦屋市医師会推奨

芦屋市ケアマネジャー友の会（兵庫県介護支援専門員協会芦屋支部）作成　様式第１号