**相互連携シート**

* **至急（本日中の返信をお願いします）**

**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： |

下記の方について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用件 | □ 要介護等認定の申請に関して  □ 健康状態や生活状況について  □ ケアプランについて  □ | ご相談です | 電話等またはこの用紙での  ご返信をお願いします。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
| 内　容 |  | | |

**返信日：**

|  |  |
| --- | --- |
| 内　容 |  |

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２号