ファクシミリネットワークによる在宅ケア連絡票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | 氏名 | 様 | Ｍ  Ｔ　　　年　　月　　日生  Ｓ |

|  |
| --- |
| 様  お尋ねします。  上記の方につきまして  ご報告します。　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  所属　　　　　　　　　　　　氏名  電話番号　　　　　　　　　FAX番号 |

|  |
| --- |
| 様　　　上記の方につきましてお答えします。  　　　　年　　　月　　　日  所属　　　　　　　　　　FAX番号　　　　　　　　　氏名 |

【注意】この連絡票は診療情報提供料として算定することはできません。

平成２８年９月改訂

半田市在宅ケア推進地域連絡協議会