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 | ＭＴ　　　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