

# 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 S	年	月	日生
----	----	---	-------------	---	---	----

様		
上記の方につきまして	（お尋ねします。 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。