**担当ケアマネジャー連絡票**

＜資料２＞

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　病院・医院

　　　　　　　　　　　　　先生

年　　月　　日より下記の患者様の担当をさせて頂くこととなりましたのでご連絡します。今後ともよろしくお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 様 | 生年月日 |  　　年　　月　　　日明治・大正・昭和　(　　　歳) |
| 住　所 | 半田市 |
| 特記事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 居宅介護支援事業所連絡先 | （事業所名）（住所）Tel （　　　 　）　 　－Fax （　　　 　）　 　－E-mail |
| 希望する連絡先（通信手段） | 電　話　　・　　ＦＡＸ　　・　　E-mail |
| だし丸くんネット | 対応可　　・　対応不可 |
| 備　考 | 新規・交替（前任者　○○事業所　○○様） |

[2017.4]