ケアマネジャー連絡票

菊川市立総合病院　地域医療支援課 連絡先　　電話　0537－35－2850 FAX　0537－35－2843 主治医氏名（　　）科 （　　）医師	事業所名　（　　） 担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ（　　） 連絡先　電話 FAX 相談者　（　　）

ID（　　）　**患者氏名：**　　**生年月日：**　　年　　月　　日（　　）歳

下記について（　指示　　検討　　確認　）をお願いします。

（受診日　　月　　日）

相談内容	回答
	返信日　　年　　月　　日
	返信者　　地域医療支援課
	氏名　（　　）

※「ケアマネジャー連絡票」は受診前日の午前中までに地域医療支援課に提出してください。

※FAXの時は、地域医療支援課に連絡後送付してください。