**様式６（自由様式）**

**多 職 種 連 携 シ ー ト**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **宛**  **先** | 医療機関・事業所名  担当者名  電話番同  FAX番号  E-mail | **発**  **信**  **元** | 医療機関・事業所名  担当者名  電話番号  FAX番号  E-mail |

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、回答をお願いいたします。

＊なお、この照会を行うこと及び情報提供いただくことについては、

□　ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。　　　　　同意した日　令和　　　年　　　月　　　日

□　ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名 |  | 支援  区分 | １・２・３・４・５・６  申請中 | |
| 住　　所 |  | TEL |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） | | | 男　・　女 |
| ＜照会・相談内容等＞  　　担当者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

**連絡方法並びに回答書（返信）**

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡方法 | * 当連携シートで回答します |
| * 直接会って話をします（日時　　　月　　　日　　　時頃お出でください） |
| * 電話で話をします　　（日時　　　月　　　日　　　時頃電話をください） |
| * 文書で回答します |
| * メールで回答します |
| ＜回答・助言等＞  　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日　　担当者職氏名　　　　　　　　　　　　　印 | |

H31.３月改訂　長野県医療と介護との連携検討会作成