

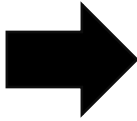
医師と介護支援専門員等との連絡票[回答票]

医師から介護支援専門員等への返信

令和 年 月 日

医療機関名：

医師：



所属：
氏名：
FAX：

ご連絡いただきました連絡票の回答です。ご確認の上、ご不明な点がございましたら、ご連絡くださいますようお願いいたします。

利用者	氏名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）

回答内容	
-------------	--