

医師と訪問看護の連絡・回答票

平成 年 月 日

相談 報告 その他 ()

宛先	呼吸器 内科・外科	神経内科	小児科	発 信 者	事業所名
	医師				氏名： 電話番号：

患者	氏名					保険	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	
	生年月日	年	月	日生	歳			
訪問日	月	火	水	木	金	土	日	
連絡事項	<input type="checkbox"/> 病状・経過報告		<input type="checkbox"/> 病状・医療処置についての照会、確認					
	<input type="checkbox"/> 主治医との面談の依頼		<input type="checkbox"/> その他					
連絡内容								

医師の回答 (返信)

<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました	<input type="checkbox"/> 別便文書で回答	<input type="checkbox"/> この連絡票をもってF A X回答
<input type="checkbox"/> 電話を します ・ ください	<input type="checkbox"/> 面談で回答します。(月 日 時 分)	
回答内容		
平成 年 月 日 氏名		