

# 対象者連絡票

(居宅介護支援事業所 → オレンジ池田)

No  
新規・追加・変更

様

氏 名 等	保険者番号							被保険者番号															
	対象者氏名	フリガナ					生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳										
	住所	〒																					
	電話番号	FAX						携帯電話															
特記事項																							
保 険 関 係	要介護度	要支援・要介護(1・2・3・4・5)																					
	有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日													
	認定年月日	平成	年	月	日																		
	交付年月日	平成	年	月	日																		
	特記事項																						
家 族 状 況 等	住居	一戸建・マンション(階)・アパート・その他( )・エレベーター(有・無)																					
	世帯状況	単身・夫婦2人・その他人																					
	主たる介護者	名前	続柄						電話番号														
		住所	〒	-																			
	緊急連絡先	名前	続柄						電話番号														
住所		〒	-																				
特記事項																							
主 治 医 等	主治医	名称	病院						科	先生													
		住所	電話番号																				
	現疾患	名称	病院						科	先生													
		住所	電話番号																				
	特記事項																						
備考																							

今回の連絡票の送付・情報の提示に際しましては、  
要介護者等より情報提供同意書への同意をもって提供  
させていただきます。  
つきましては、情報の取扱いに十分なご配慮をお願い  
致します。

依頼日				年				月				日
事業所												
事業所番号												
担当												
電話												
FAX												