

# 居宅介護サービス(訪診・SS)連絡票

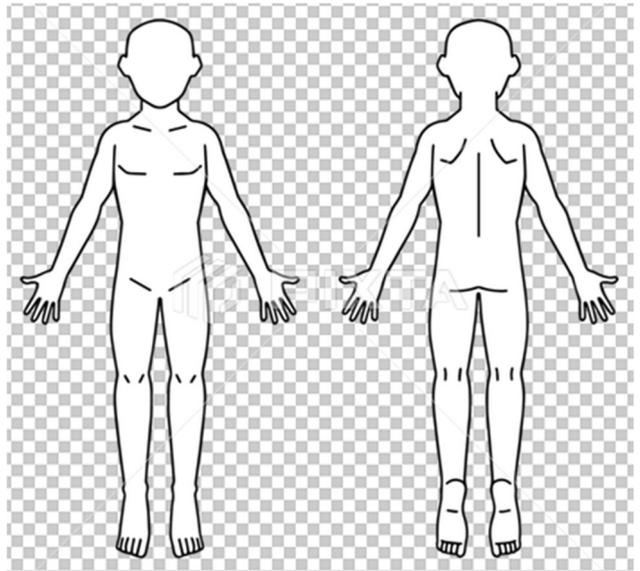
1)利用者名 \_\_\_\_\_ 様 満 才 (男・女)

2)利用サービス ① 短期入所療養介護(ショートステイ) ② 通所リハビリテーション  
③ 訪問リハビリテーション ④ 居宅療養管理指導(訪問診療)

3)連絡事項 ① 状況: 月 日 : 頃~

② 症状:

③ 部位等:



④その他:

4)ご担当者 所属先: \_\_\_\_\_  
お名前: \_\_\_\_\_ 様 (TEL: \_\_\_\_\_)

※お手数ですが調整後に折返しご連絡差し上げますので、ご担当者様・ご連絡先をご記入ください。

5)送信先 FAX: (076)475-7235 or メール: info@yoshimi-hospital.jp