

F A X 送信	<b>【 COVID-19 ケアマネ連絡票 】</b>
----------	-----------------------------

【送り先： \_\_\_\_\_ 御中】 ← 【発信元： \_\_\_\_\_】

◆ (TEL: \_\_\_\_\_)

発信日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )      記入者 ( \_\_\_\_\_ )

【連絡内容】	<input type="checkbox"/>	① 当事業所の利用者が <b>新型コロナウイルスに感染していることが判明しました。</b>
	<input type="checkbox"/>	② 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( ) 当事業所の利用者が、 <b>PCR検査を受ける事になりました。</b>  ↓ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( )にお伝えしていた <b>PCR検査の結果報告</b> です。  <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性

※共通の利用者(患者)がおられる医療関係者間で情報提供するものです。

情報の取扱いに関しては拡散の配慮も含め十分にご注意ください。

●患者名： ( _____ )	●年齢： ( _____ 歳)
●生年月日： (T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
●発熱： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	●症状： ( _____ )
●同居家族： <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
●同居家族の <b>陽性</b> <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
●利用サービス：	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 訪問マッサージ <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> かかりつけ薬局 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
連絡 済・未	
●備考： ( _____ )	

※【個人情報をFAXで取扱う事についての同意】：  本人     家族