

F a x 送付状

H27年 月 日

■宛 先： 御中 様

■ F A X：

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。下記のとおり FAX を送付させていただきますのでご査収下さい 敬具

早速ですが、新規導入に向けた可否判断を行うべく対応をお願い致します。

施設側の求める情報提供内容 可否判断を行うため、以下の情報が必要となります。

- ① あげぼしフェイスシート
- ② ADL表
- ③ 感染症の有無が確認できる書類（健康診断、主治医意見書等の医療情報）
- ④ お薬情報
- ⑤ 介護保険証情報
- ⑥ 利用負担額軽減証情報（介護保険利用者負担分、食費・居住費等）

※①～④に該当する書類をお持ちでない場合には添付した用紙の作成をお願い致します。⑤、⑥に関してはコピーを添付下さい。

この用紙を頭紙とし、下記添付書類を付け、短期入所生活介護あげぼしまでFaxご返信下さい。

短期入所生活介護あげぼし宛 新規相談申込書 返信Fax： 03-3868-2620

作成日 年 月 日

作成者氏名 様 事業所名

電話番号 Fax番号

※担当者様が既に持っている情報や作成している書類等での代用も可能です。

返信する添付書類をご確認頂き、下記の□にレ点のチェックと選択肢に○をして下さい。

- | | | | |
|---|---|------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> フェイスシート・ADL表 | ： | ・ あげぼし雛形作成 | ・ 手持書類で代用 |
| <input type="checkbox"/> 感染症の有無が確認できる書類 | ： | ・ あげぼし雛形作成 | ・ 手持書類で代用 |
| <input type="checkbox"/> お薬情報 | ： | ・ あげぼし雛形作成 | ・ 手持書類で代用 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険証・軽減証等のコピー | | | |
| <input type="checkbox"/> 日程希望表 | | | |

ご協力ありがとうございます。

可否判断につきましては追ってこちらから、担当ケアマネジャー様へご連絡させていただきます。

秘密保持について

このF a x（添付資料含む）は、意図した特定の相手に送信したものであり秘匿対象になる情報を含んでおります。もし、意図した相手以外の方が受信された場合は、このF a xを破棄して頂くと共に、このF a xについて一切の開示・複写・配布その他の利用、または記載内容に基づきいかなる行動もなされない様お願い申し上げます。

〒112-0002 東京都文京区小石川 5-11- 8 短期入所生活介護 あげぼし
電話 03-3868-2240 FAX 03-3868-2620