

「ケアマネタイム」医療機関 登録・変更用紙

FAX：073-427-1411

和歌山市医師会在宅医療サポートセンター行

内容	登録 ・ 変更
記入者氏名	
連絡先電話番号	

医療機関名	
院長名	
及 び 所 在 地	〒
電 話 番 号	
F A X 番 号	
メールアドレス	

対 時 間 帯 の 可 応		月	火	水	木	金	土
	午前	～	～	～	～	～	～
	午後	～	～	～	～	～	～

(○=対応可 △=診療の合間で対応可 ×=原則対応不可)

連絡方法の優先順位		電話		FAX		メール
-----------	--	----	--	-----	--	-----

(数字は優先順位)

面談可/不可	ケアマネジャーのみ	本人受診に同席
--------	-----------	---------

(○=対応可 △=診療の合間で対応可 ×=原則対応不可)

サービス担当者会議への参加	自院で	患者宅で
---------------	-----	------

(○=参加可 △=ケースにより可 ×=参加不可)

備 考	
--------	--