**事　前　質　問　票**

医療機関から事前に提供された情報（連携シート「Zai-Takko三原」等）への質問事項や確認事項をご記入の上、退院時ｶﾝﾌｧﾚﾝｽの2～3日前までにFAXまたはﾒｰﾙで医療機関へ送信してください。

なお、送信前には医療機関の担当者へご連絡をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先医療機関名担当部署/担当者名 |  |
| 送信元事業所名 |  |
| 担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ名 |  |
| 利用者名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問対象者 | 質問者（事業所） | 質問内容 |
| 医師 |  |  |
| 看護師 |  |  |
| リハビリ |  |  |
| 薬剤師 |  |  |
| 栄養士 |  |  |
| MSW |  |  |
| その他要望事項等 |  |  |