**金沢市在宅医療・介護連携支援センター　宛　（FAX 222-0182）**

**「ケアマネタイム」に関する調査票**

**新規　　・　　修正**

**※該当する方に○をつけてください。**

**医療機関名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**医　師　名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**Ｔ　Ｅ　Ｌ　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**Ｆ　Ａ　Ｘ　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※貴医療機関にて複数の医師がそれぞれ別々にケアマネタイムを設定される場合には、**

**この用紙を複写してご記入ください（複数枚のご返信をお願いします）。**

**対応可能な時間帯を曜日ごとに 〇（対応が可能）、× （対応が困難）で**

**下記の表にご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ケアマネタイム対応時間** | **月** | **火** | **水** | **木** | **金** | **土** | **日** |
| **時間** | **：　 ～　　：** |  |  |  |  |  |  |  |
| **時間** | **：　 ～　 ：** |  |  |  |  |  |  |  |
| **時間** | **：　 ～　 ：** |  |  |  |  |  |  |  |

**＜記入例＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ケアマネタイム対応時間** | **月** | **火** | **水** | **木** | **金** | **土** | **日** |
| **時間** | 12：00～12：30 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | × |
| **時間** | 12：30～13：00 | × | × | 〇 | × | × | 〇 | × |
| **時間** | 17：00～18：00 | 〇 | 〇 | × | 〇 | 〇 | × | × |

**ケアマネジャーへの要望（連絡時の注意事項等を含む）**