**様式第2号（第5条関係）**

**ケース連絡票（変更・取り消し）**

変更・取り消し　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 沖縄市 |
| 電話番号 |  |
| 家族氏名（連絡先） | ①　　　　　（　　）　電話 　　　　　職場電話②　　　　　（　　）　電話 職場電話 ※優先順位で記入すること。 |
| 疾患名 |  |
| 変更・取り消し理由 |  |
| 病状について | **病状について**○**対応について**○**搬送先病院について**○搬送先：○通院先：○担当医：**主治医からの指示**〇**通学先情報について**〇 |
| 備　考 |  |

※変更の場合は、指名・性別・生年月日・変更箇所だけの記入をお願いします。