**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。