

おひさまクリニック 在宅医療相談シート(FAX 用)

申し込み日 平成 年 月 日

相談者名 _____ 様 (この用紙を記入された方)

相談者連絡先 住所 _____ 電話番号 _____

患者様氏名 _____ 様 (男・女)

生年月日 _____ M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

患者様住所 _____

電話番号 _____

介護度 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V
(○をつけてください) 申請中 ・ なし

病名 ()

現在の状態 ()

相談内容 ()

現在入院・通院中の医療機関名 : _____ 主治医 : _____

ケアマネージャー 有・無 事業所名 : _____ 担当者 : _____

訪問看護 有・無 事業所名 : _____ 担当者 : _____

当クリニックは患者様の意思を尊重する
安心で安定した療養支援を目指します

おひさまクリニック

TEL 0465-85-3228

FAX 0465-85-3229