

おひさまクリニック 在宅医療相談シート(FAX 用)

申込日 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 携帯番号

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 携帯番号

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