

おひさまクリニック青葉台 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	_____		
訪問看護	有・無	事業所名	_____		

当クリニックは患者様の意思を尊重する
安心して安定した療養支援を目指します

おひさまクリニック青葉台
TEL 045-960-3338
FAX 045-960-3339