

おひさまクリニック センター北 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 センター北  
TEL 045-509-1595  
FAX 045-509-1596