

医療法人おひさま会 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 _____ 年 月 日 (_____ 歳)
患者様住所 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____
家族様連絡先 _____ 続柄 _____

介護度 (〇をつけてください) 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: _____

↓ ご希望のクリニックにチェックを付けてください

- おひさまクリニック 地域連携直通 Tel 078-708-2523 Fax 078-708-2513
- おひさまクリニック西宮 地域連携直通 Tel 0798-26-8534 Fax 0798-26-8533
- おひさま在宅クリニック 地域連携直通 Tel 072-830-7633 Fax 072-830-7632

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