

おひさま在宅クリニック 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

おひさま在宅クリニック(地域連携直通)
TEL 072-830-7633
FAX 072-830-7632