



FAX 0977-22-1588

送信日：平成 年 月 日

在宅医療相談シート (FAX用)

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 (○をつけてください)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 介護認定申請中 ・ 介護認定なし
病名	
現在の状態	
相談内容	
その他・備考	
入院中もしくは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： _____
訪問介護	有・無 事業所名： _____ 担当者： _____

頂きました情報は、当院における在宅医療の遂行の目的のみに利用致します。

なごみ診療所

TEL : 0977-22-1580

FAX : 0977-22-1588