



FAX 0977-22-1588

送信日：令和 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