



FAX 042-522-5490

送信日： 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： _____	

当院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
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。

はごろも内科小児科
TEL：042-522-5234
FAX：042-522-5490