

# 訪問診療に関するご相談シート

申込日 年 月 日

相談者氏名： \_\_\_\_\_

相談者連絡先： \_\_\_\_\_

Tel： ( ) - \_\_\_\_\_

ふりがな	_____	男・女
患者氏名	_____	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
住所	〒 _____	
	_____	
電話番号	( ) - _____	

介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 / なし
現病歴 既往症	_____
ご相談内容	_____

現在（入院 / 通院中）

の医療機関： \_\_\_\_\_ 主治医： \_\_\_\_\_

ケアマネージャー

有・無 事業所： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

訪問看護

有・無 事業所： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

Fax でご送信下さい。

折り返し、当クリニック担当者からご連絡を差し上げます。

〒065-0023 札幌市東区北 23 条東 6 丁目3番18-2号

こだま在宅内科緩和ケアクリニック Fax：011-214-9570