

おひさまクリニック横浜 在宅医療相談シート (FAX用)

申し込み日 平成 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 \_\_\_\_\_

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 要支援 I・II 要介護 I・II・III・IV・V  
(○をつけてください) 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

おひさまクリニック横浜

TEL 045-929-6151

FAX 045-929-6152