

いろは診療所 在宅医療相談シート (FAX用)

申込日 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 _____ 電話番号 _____ FAX _____

患者氏名	
患者住所	
電話番号	
生年月日	

介護度 (○をつけて下さい)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 なし
病名	
現在の状態	
相談内容	

現在 (入院中・通院中) の医療機関名 : (_____) 主治医名 : (_____)

ケアマネージャー (有・無) 事業所名 : (_____) 担当者名 : (_____)

訪問看護 (有・無) 事業所名 : (_____) 担当者名 : (_____)

いろは診療所
TEL:042-513-4821
FAX:042-552-7621