

藤井寺市在宅医療・介護連携支援センター FAX相談用紙

[FAX 072-939-1502] 相談用紙のみ送信してください。

記入日:令和 年 月 日()

※個人情報 that 特定されないように記入してください。

対象者情報	年齢		性別	男 ・ 女	
治療場所	□通院 □在宅（訪問診療・往診） □入院中 □施設入所中				
治療状況	□治療中 □治療中断 □治療終了 □未治療【理由】				
介護保険	□要支援（１・２） □要介護（１・２・３・４・５） □申請中（新規・更新・区変） □非該当 □未申請 【担当ケアマネジャー： 様】 【事業所名（連絡先）： （ - ）】 利用サービス【訪問看護・訪問介護・通所介護・通所リハ・その他（ ）】				
相談内容	【主訴】				
	【これまでの経過等】				
送信元	【事業者名： 】 【担当者名： 様】 【連絡先： 】				