

No

## 在宅医療支援センターへの相談用紙

Fax 41-9981

相談日	令和 年 月 日 ( 曜日 ) ( : ~ : )		
相談元	1、病院 ( )	2、地域包括支援センター ( )	3、訪問看護ステーション ( )
	4、居宅介護支援事業所 ( )	5、薬局 ( )	6、居宅介護事業所 ( )
	7、その他( )		
相談要件	1、訪問医の紹介	2、協力医の紹介	3、かかりつけ医紹介
	4、受診の相談	5、訪問看護について	6、介護施設
	7、ケアマネジャーについて	8、栄養・食事に関する事	9、入院・入所について
	10、薬局・薬について	11、その他	
相談者氏名	( 医師・看護師・ケアマネ・介護職・その他( ) )		
相談者連絡先	電話番号	FAX	
患者氏名	( 才 ) ( 男・女 ) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
住所(地区)			
病名			
相談内容 (家族構成 医療機器 などの情報 があれば 記載する)			
結果			