

在宅医療相談支援窓口 相談申込書・相談記録

平成 年 月 日

南区医師会在宅医療相談支援窓口

(真田病院 ・ 広島厚生病院 ・ ヒロシマ平松病院) 地域連携室 担当者宛

FAX: (真田)252-1696・(厚生)286-6099・(平松)256-3671

TEL: (真田)251-1025・(厚生)286-6111・(平松)256-3650

【紹介元・相談者】

| | | | |
|--------|--|-----|--|
| 所属機関名 | | | |
| 相談者名 | | 職種 | |
| E-mail | | | |
| TEL | | FAX | |

【相談対象者】

| | | | |
|----------|-------|--------|-----------------|
| 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |
| 居住地域 | | | |
| 要支援(介護)度 | 未認定 | 要支援1・2 | 要介護1・2・3・4・5 不明 |
| 疾患名 | | | |

【相談内容】

| | | |
|------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 個人情報利用の同意を | <input type="checkbox"/> 得ている | <input type="checkbox"/> 得ていない |
| 相談の要点 | | |
| 相談の具体的内容 | ※必要時、お手持ちの情報を添付してください。 | |

【相談支援窓口記載用: 依頼結果・支援方針・助言内容】

受付番号: _____

記載日: 平成 年 月 日 記載者: _____

| | |
|------------------------|--|
| 依頼結果・ 支援方針・ 助言内容 | |
|------------------------|--|