

在宅医療相談支援窓口 相談申込書・相談記録

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: _____ 年 _____ 月 _____ 日 記載者: _____

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