

# 在宅医療相談シート

令和 年 月 日

あおやま訪問・救急クリニック 宛

FAX：050-3730-5195

本シートをFAXにてご送信ください。後日、クリニックよりご連絡します。

## ● 相談者情報

名前	(続柄)
フリガナ	
電話番号	
メール	

## ● 患者情報

名前	(男・女)
フリガナ	
住所	
電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
病名	
現在の病状	
通院・入院先	病院・クリニック名： 診療科： 主治医：
ケアマネ	事務所名： 担当者： 電話番号：
介護保険	要支援・要介護 ( ) ・申請中・未申請
療養状況	自宅・入院中・施設入所中 (施設名： ) その他：

## ● 相談内容

--