



つながりクリニック

訪問診療相談シート

つながりクリニックの訪問診療をご希望の方は、お手数ですがこちらの相談シートにご記入頂き、FAX 送信してください。内容確認の後、当院より折り返しご連絡差し上げます。

| | |
|-------|--|
| ふりがな | |
| 相談者氏名 | |

患者様と申込者とのご関係を教えてください

- 患者様本人 患者様ご家族等
- 担当ケアマネジャー（事業所名: 氏名:)
- 医療機関(医療機関名: 部署・職種: 氏名:)
- その他()

ご連絡先(折り返し用) _____

メールアドレス(任意) _____

| | |
|-------|--|
| ふりがな | |
| 患者様氏名 | |

※任意

訪問先所在地(詳細な住所でも、地名でも構いません 例:藤沢市朝日町)

資料などはお持ちですか

- ◎ 診療情報提供書(紹介状) あり なし
- ◎ 介護保険のサービス利用状況のわかるもの あり なし

※こちらの相談シートと併せて、FAX 頂けると助かります。

コメント(患者様の主病名など、ご記入いただけます。任意)

つながりクリニック FAX 番号: 0466-96-0398