

ご相談シート

申込日 年 月 日

※ 相談者氏名

※ 相談者連絡先

電話：() -

※ フリガナ	(男・女)
※ 患者様お名前	様
※ 生年月日	M・T・S・H 年 月 日 () 歳
※ ご住所	〒
※ お電話番号	() -

介護度 (○をつけてください)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 ・ なし
現病名 既往症	
ご相談内容	

現在（入院・通院中）の医療機関名： _____ 主治医： _____

ケアマネージャー 有・無 事業所名： _____ 担当者： _____

訪問看護 有・無 事業所名： _____ 担当者： _____

ご記入ありがとうございました。FAXでご送信ください。

折り返し、当クリニックの担当者からご連絡を申し上げます。

〒330-0852 埼玉県さいたま市大宮区大成町3-339-2 光ビル2F

医療法人誠光会
さいたま在宅医療クリニック

FAX : 048-779-8190

