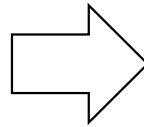


医療・介護相談シート



<ケアマネジャー → なごや脳神経在宅クリニック>

依頼元
事業所名
担当者名
電話番号
FAX番号
e-mail



依頼先
医療機関名 なごや脳神経在宅クリニック
主治医名 担当医 先生
電話番号 052-825-5515
FAX番号 050-3737-9171
e-mail info@nnz-c.com

氏名	※匿名での相談も可		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日 (歳)	TEL		
住所				
◎介護保険の利用 あり ・ なし ・ 申請中				
(要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
◎相談内容	<input type="checkbox"/> 医療・介護サービスを導入するにあたり、主治医の意見書・相談 <input type="checkbox"/> 利用者の状況についての相談 <input type="checkbox"/> その他			
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> ◎症状・治療経過・現在の状態・内服薬など </div>				

希望する連絡方法： 直接会って話をします。 電話で話をします。
 文書で回答します。 いずれでもよい。

医師回答欄

医師からの回答	医師氏名
---------	------