

在宅療養患者 ケア相談依頼 FAX 用紙

様式 I

FAX 番号	奈良県西和医療センター宛て 0745-31-135 (地域連携室)
--------	--------------------------------------

※太枠の部分をご記入下さい。

依頼日: 年 月 日

対応希望日	<input type="checkbox"/> 急ぐ	<input type="checkbox"/> 今日・明日中	<input type="checkbox"/> 3日以内までに
	<input type="checkbox"/> 急がない () までに		
相談依頼者	施設名:	連絡先 TEL	
	職・氏名:		
相談希望の 職種	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 栄養士	
	<input type="checkbox"/> ()	() 認定看護師	
	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	
	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 薬剤師	
	<input type="checkbox"/> その他()		
患者名:			年齢 () 歳
生年月日:	年	月	日
西和医療センター患者番号:	(わかればご記入下さい)		
【相談内容】			

受付番号	病院記入欄
FAX受け取り日: 月 日	FAX受け取り者:
相談対応日: 月 日	相談対応者:
【対応内容】	