

在宅患者ケア相談 依頼用紙(FAX/メール用)

様式 I

FAX 番号	奈良県西和医療センター宛て 0745-31-1354 (地域医療連携室)
-----------	---

※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()	()までに

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
------	-------

依頼受領日: _____ 月 日 受領者: _____

相談対応日: _____ 月 日 相談対応者: _____

【対応内容】
