

FAX

0247-72-3493

田村地方在宅医療・介護連携支援センター相談用紙 ①

所属機関・施設名

電話(内線)

担当者名

MAILまたは携帯

被支援者 基本情報

患者さんの情報	氏名						
	生年月日	西暦年	月	日	年齢	満 歳	
	住所	〒					
	連絡先	電話					
		携帯					
	主となる同居介護家族及び続柄						
	必要な支援	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問医療 ・訪問看護 ・退院後回復までの訪問医療 ・末期から看取りまでの医療 ・末期から看取りまでのチームによる医療・介護ケア ・その他 					
	必要な支援内容(詳細)						
	担当医師	所属科			氏名		
	診断病名等						
退院予定日	令和	年	月	日	紹介予定	有	無
入院前のかかりつけ医師	有	無	医療機関・医師名				
入院前の入所施設	有	無	施設名				