

# 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。

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-16-1 宮坂甲斐路ビル1F

医療法人渋美会  
東京在宅医療クリニック

**FAX : 03-6300-9562**