

## 地域連携相談シート

平成 年 月 日

紹介元医療機関

住所

名称

電話番号

ご担当者名

※当院から患者さまへ直接連絡をご希望の場合には必ずこちらへチェックをお願いします。

患者さまへ直接連絡をお願いします。(最成病院から連絡が入る旨をお伝え下さい)

### 患者情報

フリガナ		住所	TEL ( )
患者氏名	男 女		
生年月日	年 月 日	背景	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦暮らし <input type="checkbox"/> 家族同居

【相談内容】該当項目にチェックして下さい。

介護保険の申請について

老老介護の生活または、独居での生活困難について

最近代理診察が多く、受診困難である

金銭面の不安、行政へつなげたい

その他

具体的内容

**FAX(043-258-1291)にてお申込み下さい。**

(併せてお電話いただけますと助かります)

担当者よりお電話させていただきます。詳細をお話ください。