

天王寺区 在宅医療・介護連携相談シート

下記必要事項をご記入していただき、FAXでお送りください。

相談者職種 (ご記入ください)			
施設・事業所名		相談者	
電話番号		FAX	
回答期日	至急 ・ 2～3日 ・ 1週間以内 ・ その他()		

相談内容

医療 ・ 介護 ・ 医療と介護にまたがる相談 ・ その他				
イニシャル	年齢	性別	介護保険	なし ・ 申請中
	歳	男 ・ 女		要支援 1・2
				要介護 1・2・3・4・5
相談目的と趣旨				