えびな在宅医療相談室行

～地域医療介護連携シート～顔が見える地域医療介護の連携を目指して。

FAX送信先：０４６－２３４－７２７７

いつもお世話になっております。お忙しいところ恐縮ですが、本用紙をご記入の上、
FAXを送信していただければと思います。
◎原則として、ご本人様またはご家族様の了承をいただいてからご連絡ください。

患者様情報　※　□の該当する項目にチェックをお願いします。

氏名(イニシャル可)		□男 □女	ご年齢	歳代
住所地 (地区名)			連絡先(可能であれば)	(　　)
□疾患名　□お困りの症状など				
《ご相談・問い合わせ内容》 □海老名市内・近隣の医療機関の情報が欲しい □かかりつけ医を探している □訪問診療・往診可能な医師を探している □退院する方の転院先・療養先などの相談をしたい □訪問看護や訪問リハビリについて教えてほしい □その他　↓以下の空欄に詳細・ご相談内容をご記入ください。				

医療機関名：
所属・職種：
氏名：
ご連絡先：

えびな在宅医療相談室　さつき町４１番地(医療センター内)　　担当　清宮　須藤
TEL:046-231-8650　　FAX:046-234-7277