

かえで在宅診療所あて 連絡シート

【紹介元】

- 事業所名： _____
- 担当者名： _____
- 連絡先（電話）： _____

【患者情報】

- 氏名： _____
- 住所： _____ 区 _____
- 連絡先（本人／家族）： _____

【訪問診療が必要な理由】

- 医療/介護が未介入
- 急な状態変化
- 退院後の在宅管理
- その他： _____

【診療開始の希望日】

- 即日
- 数日以内
- その他： _____

【希望日の決め方】

- 紹介元から患家へ連絡
- 当院から患家へ連絡
- その他： _____

【特記事項】

FAX 045-507-7864