[在宅医療に関する依頼情報]

宛先：坂井地区医師会　坂井地区在宅ケアネット

(E-mailcare-chief@sakai-med.com　FAX73-5363　TEL73-5366　携帯090－5680－0304)

年　　月　　日

・依頼機関名：

・依頼者：　　職種

・連絡先：電話

ＦＡＸ

E-mail

・依頼事項：（在宅主治医の紹介　　その他のお問い合わせ ）

氏名：	年齢：	（ F ・ M ）
住所：		
疾患名：		
現在の症状：		
継続治療・処置等： 退院予定日（　　年　　月　　日）		
本人・家族の在宅への思い：		
〈悪性の場合〉 告知：している　していない　　疼痛コントロール：できている　できていない		
要介護度（　　）	未申請	
【ADL状況・その他】		

＊FAXの場合、氏名・住所番地等、個人が特定できる事項は省略可