

訪問診療に関するお問い合わせ

長崎在宅 Dr. ネット事務局 御中

(FAX : 095-811-5121 または E-mail : dr.net@mx.a.cncm.ne.jp)

主治医・副主治医斡旋依頼

在宅移行へのご相談

依頼機関名 : _____

依頼者 : _____

(医師 看護師 ケアマネージャー MSW ヘルパー)

電話 : _____ FAX : _____

患者氏名 : _____ (男 女) 年齢 : _____ 歳

住所 : _____

診断 :

要介護度 : 要支援 要介護 1 2 3 4 5

ケアマネ氏名 : _____ 機関 : _____

病歴要約 :

訪問診療における希望、注意点など