FAX　072-221-3031

センター記入欄

堺地域医療連携支援センター　相談シート ①

相談日　平成　　年　　月　　日（　　）

相談者区分	☐ 医療関係者　☐ 介護関係者　☐ 基幹型包括支援センター ☐ 地域包括支援センター　☐ 行政　☐ その他（　　）		
所属名称		担当者名	
TEL		FAX	
住所	堺市内の場合 （　　）区	堺市外の場合は住所をご記入ください	

相談内容の種類	☐ 退院支援に関すること　☐ かかりつけ医の紹介　☐ 在宅医の紹介 ☐ 訪問看護導入の相談　☐ 在宅医療関係機関との調整に関すること ☐ 診療報酬に関すること　☐ 在宅医療の後方支援に関すること ☐ 薬に関すること　☐ 歯科に関すること ☐ 在宅医療導入について　☐ その他（　　）

相談趣旨

ご連絡方法	☐ FAX	
	☐ 電話 ☐ 面談	電話・面談を希望される場合は希望日をご記入ください ☐ 月　☐ 火　☐ 水　☐ 木　☐ 金 （　　時頃）
	☐ メール	アドレス　（　　）

※介護サービスのみのご相談は、地域包括支援センターにご相談ください