

東淀川区医師会 在宅医療相談用シート

お名前 (イニシャルのみ 姓・名)	・	性別	男・女	年齢	歳
ご住所 (丁目まで)	大阪市東淀川区 丁目				
相談事項	在宅医療についての相談 ・ 居宅介護支援事業所の紹介 ・ 訪問看護ステーションの紹介				
相談内容					

ご依頼年月日	お名前				
年 月 日	ご連絡先	TEL	FAX		

※以下は医師会が記入する箇所です

担当者		回答日時	年 月 日
相談内容			
回答内容			

FAX 送信用

東淀川区医師会 在宅医療相談室
 大阪市東淀川区豊新 2-3-7
FAX:06-6326-8484 まで

