

在宅医療・介護連携相談シート

【相談者】

相談者職種	医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・病院看護師・医療ソーシャルワーカー ケアマネジャー・地域包括支援センター・介護施設職員・その他（ ）		
勤務先名		相談者名	
電話番号		F A X	
希望回答日	至急・2～3日以内・1週間以内・2週間以内・1ヶ月以内・その他（ ）まで		

【相談内容】

相談目的 と趣旨	医療に関する相談・介護に関する相談・医療・介護にまたがる相談・その他

相談支援室記入欄	受付年月日	平成 年 月 日	受付番号	
----------	-------	----------	------	--

※こちらのシートは「東淀川区医師会」「在宅医療・介護連携相談支援室」ホームページからダウンロードしてご利用いただけます

東淀川区医師会 在宅医療・介護連携相談支援室宛

TEL：06-4862-6124

FAX：06-4862-6134

東淀川区で医療・介護に関わる皆様へ

東淀川区医師会 在宅医療・介護連携相談支援室のご案内

多職種間の連携を円滑にするための相談窓口です。



一般社団法人 大阪市東淀川区医師会