

在宅医療・介護連携相談シート

相談日（ 年 月 日）

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（ ）		
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		受付番号	
特記事項				

都島区在宅医療・介護連携相談支援室 宛

T E L : 080-2470-2921

F A X : 06-6922-9900