

0 7 2 - 8 7 7 - 4 8 2 6

**大東・四條畷医師会 相談窓口 相談申込シート**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ご相談者** | | |
| 氏名 |  | 電話 ( ) |
| 勤務先 |  | FAX ( ) |
| 職種 |  | メール: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ご相談内容** | | | | | |
| 対象者  年 齢 | （　　　）才 | 性別 | ( 男・女 ) | 介護保険 | 要支援 １・２ 未申請 |
| 要介護 １・２・３・４・５ |
| ご相談内容 （以下のいずれかを〇で囲み、余白に趣旨をご記入ください） | | | | | |
| （　医療に関する事 ・ 介護に関する事 ・ 医療と介護両方に関する事 ・ その他　） | | | | | |
| ご相談の趣旨 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

FAX受け取り後、折り返し電話にてご連絡いたします