

FAX 送信票 (099)401-5658 曾於医師会医療推進室 行

曾於地区在宅医療介護連携推進事業 相 談 シ ー ト

相談日

平成 年 月 日

相談者

氏 名 (必須)

所 属

職 種 (必須)

連絡先 (電話)  
(必須)

回答送付先住所  
(必須)

相談先

(必須) 相談したい専門職等に○をしてください。(複数可)  
医師 歯科医師 薬剤師 看護師 管理栄養士 歯科衛生士 主任介護支援専門員  
リハ職 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士) 社会福祉士 行政

件 名

「 」

相談内容

\*個人ケースの場合は ケースの概要・年齢・性別・居住地等をご記入ください。

※相談したい専門職等以外にも情報提供しますので、ご了解ください。  
※回答には時間を要する場合があります。