

小野クリニック 訪問診療申し込み (相談希望)

患者様 氏名	様	性別 男・女	生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳)
患者様 ご住所	〒 - 神戸市 区			
連絡先	TEL 078- -	携帯	-	-

介護度 要支援Ⅰ 要支援Ⅱ 要介護Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ 申請中

病名

褥瘡 高血圧 糖尿病 慢性腎不全 脳血管障害 心疾患障害

病状

病院入院中 介護施設 ご自宅 その他

ケアマネージャー 担当が決まっていない 現在探している 必要ない

(※)決まっている場合 担当者 _____ 事業所名 _____

訪問看護 利用中 利用していない

(※)決まっている場合 担当者 _____ 事業所名 _____

ご相談内容

(ご希望されること)

相談者様名 _____ 様

相談者ご連絡先 TEL 078 - -

携帯 0 - -

医療法人社団 ヒロメディカル
小野クリニック(地域連携チーム NU)
TEL 078-739-5670

0995-637-810 FAX 078-739-5660