

介護支援に関する病状照会（北茨城市立総合病院 宛て）

<地域連携室 FAX 0293-46-7080>

発信日                    年            月            日

発信元

施設名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

問合せ内容    氏名 \_\_\_\_\_  
                  生年月日 \_\_\_\_\_ 年            月            日

主治医 \_\_\_\_\_

問題点	相談事項とケアマネのアセスメント	医師の回答 医師署名 回答日    年    月    日