

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