

介護支援に関する病状照会（北茨城市民病院 宛て）

<地域医療連携相談室 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 \_\_\_\_\_

問合わせ内容  
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		
		回答日	年	月 日