

佐伯地区医師会在宅医療ネット 在宅主治医紹介依頼申込書

患者情報

住	所	廿日市市	
氏	名	(イニシャルを記載して下さい) .	
年 齢	/	性 別	歳 (男 ・ 女)
診 断	名	(簡単な症状経過)	
処 置	(必要な処置に○をして下さい)	<ul style="list-style-type: none"> ・ IVH ・ 留置カテーテル ・ 人工呼吸器 ・ 経管栄養 ・ 胃瘻 	<ul style="list-style-type: none"> ・ リザーバー ・ 在宅酸素 ・ 褥瘡 ・ その他 ()
麻 薬	使 用	有	無
在宅での看取り希望		有	無 不明

連絡先

病 院	名	
診 療	科	
主 治	医 名	
電	話	(内線)
F	A	X
メ ー ル	ア ド レ ス	

佐伯地区医師会 御中

(FAX : 0829-20-0031) (e-mail : saikima@ms3.megaegg.ne.jp)