

FAX送信票

送信日	令和 年 月 日
送信先	さんだ在宅ネットワーク事務局 担当伊藤 FAX: 079-563-8121
送信元	医療機関名： 発信者名： 〒 兵庫県 TEL： FAX：
件名	依頼内容
送信枚数	枚
以下に内容を記載ください。追ってこちらからご連絡致します。連絡がつきやすい時間帯 また、訪問等ですぐに返答できない場合がございます。ご了承ください。	
患者氏名： 性別 男：女 生年月日： 年齢： 連絡先 郵便番号：〒 - 住所： 自宅状況 (一軒家・マンション・その他) 主介護者： 同居家族： 既往歴： 疾患名・経過： ACP実施の有無・内容： 在宅での過ごし方で望むこと・必要と思われる支援内容・その他	
追伸 ご不明な点がございましたら、お手数ですが上記までご連絡いただきますようお願い申し上げます。	