在宅診療申込書

病院名	
退院予定日	1週間以内　　2週間以内　　1カ月以内　　1カ月以上先　　未定
退院先	自宅　　高齢者専門賃貸住宅　　グループホーム　　有料法人ホーム その他（　　）
退院先住所	（区町名までで可）
地域連絡室	担当者名:　　連絡先電話番号:
患者様	（ 男・女 ）　　歳
入院科目	
傷病名	
症状	
介護保険	あり（ケアマネージャー:未定・あり）　・　なし
特記事項	

折り返し、担当者様にご連絡差し上げますので、しばらくお待ち下さい

ねりま西クリニック　FAX:03－3923－6336

医療法人社団　星の砂