

訪問診療に関する問い合わせ（ FAX の時にお使いください ）
（ 医療関係者専用 ）

☐ 担当医の依頼 ☐ 在宅移行についての相談 ☐ その他

医療機関名

依頼者氏名 _____
(連絡先) _____

電話 FAX

E-MAIL

患者氏名 (男・女) 年齢 歳

住 所

診断名

状態要約

麻薬処方 ☐ あり () ☐ なし

☐ 在宅酸素 ☐ I V H ☐ 人工呼吸器 ☐ 胃瘻 ☐ 留置カテーテル

☐ 褥 瘡 ☐ 認知症 ☐ その他（ ）

連絡先

FAX 0736-63-1722 (安川診療所)

概ね、和歌山市東部、岩出市、紀の川市、かつらぎ町西部地区の方を想定しています