茨木市　在宅医療・介護等連携窓口
相談票　FAX 072-622-1877

相談者	FAX送信日　年　月　日　（　）
	相談者氏名　職種
	事業所名
	連絡先　TEL　FAX
	E-mail
	希望の回答方法に〇をつけてください　（ TEL ・ FAX ・ E-mail ）
対象者	分かる範囲でご記入ください
	年齢　（　）歳　性別　□男性　□女性
	介護認定　□非該当・未申請　□申請中　（ 申請日　月　日 ）
	□要支援（ 1　2 ）　□要介護　（ 1　2　3　4　5 ）
	担当のケアマネジャー等相談機関　【 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・他 】
	（事業所名　担当者　）
	かかりつけ医の有無　□なし　□あり　（　）
相談の内容	・ 相談したい（困難な事例等）
	・ 知りたい　（情報や制度等）
	・ 探している（病院、診療所等）など