在宅医療のお問い合わせ

①検討されている医療サービスは下記のどれですか。

〇で囲んでください。

A　在宅訪問診療（往診）

B　在宅リハビリ

C　在宅訪問看護

②現在の病名が分かればご記入ください。

病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③お電話、ファックス、E－mail、または直接ご相談させて頂きますので、

下記に御記入ください。

患者様のお名前　　　　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　）

御家族代表者様のお名前　 （　　　　　　　　　　　　　　　　）

御住所または連絡先　電話 （　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　E－mail （　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

 住所 　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

④お問い合わせフォームが届き次第当院からご連絡させて頂きます。

仁整形外科　　　院長　松林　保智

電話　０１２０－５６６－７５１

FAX　０４７―３５６－６６１８

E－mail : jincli@movie.ocn.co.jp