令和クリニック宛て　連絡・相談様式
　令和クリニックのホームページからダウンロード可能。

FAX送信先　令和クリニック
0228-32-5410

令和クリニック宛て　連絡・相談票

年　　月　　日

送信先　令和クリニック	
医師	（←いずれかに〇）
事務	
（TEL：0228-32-5430）	
FAX：0228-32-5410	

送信元　事業所名	
所在地	←「栗原市〇〇」など大まかで可
担当者	
TEL	正確にご記入下さい
FAX	正確にご記入下さい

＜患者・利用者＞	
氏名	
住所	←「栗原市〇〇」「〇〇入所中」など大まかで可

＜要介護度＞　要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５　未申請　新規申請中　区分変更申請中

＜連絡・相談内容＞　※患者の容体に関することで緊急性が高いと思われる場合は電話で連絡してください。

※返答は主に担当者からの電話となることをご了承下さい。

【FAXで返答する場合の令和クリニック記入欄】

返答が電話の場合にはメモとしてお使い下さい。

年　月　日　担当医（　　）事務（　　）