

いずみ診療所 地域連携 質問表 (2019年9月改訂)

令和 年 月 日記

ふりがな					
児童名	様 (男・女)	生年月日	年	月	日生

来所者名*	
所属	
住所	TEL

※来所者につきましては、原則1名でお願いしております。ご理解とご協力をお願いします。

連携希望	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法士	<input type="checkbox"/> 心理士	<input type="checkbox"/> 看護師
担当者						
本児における来所回数及び時期をご記入ください						
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> ____回目/前回来所時期： ____年 ____月頃						

連携したい内容を具体的にご記入ください

① 児の現状について (※地域連携のやりとりが2回目以降の方は、前回からの変化を合わせてご記入ください。)
.....
.....
.....
② 現在の取り組み内容
.....
.....
.....
③ 今後の課題
.....
.....
.....

いずみ診療所

管理医師 林 昌子

〒597-0076 大阪府貝塚市東山 2-1-1

TEL : 072-421-3000 FAX : 072-446-2234

-----診療所記入欄-----

医師記入欄

Dr ・ PT ・ OT ・ ST ・ その他 ()
訓練 ・ 面談 ・ TEL ・ 書面



担当者記入欄

Dr ・ PT ・ OT ・ ST ・ その他 ()
訓練 ・ 面談 ・ TEL ・ 書面
日時： 年 月 日 () :
<input type="checkbox"/> 詳細別紙参照