

看取りサポート対応確認票

下記の在宅医療サポート医による看取りサポート依頼期間内における対応確認票をご記入の上
 所在区センターへご提出をお願いいたします。

また、対象患者・ご家族、訪問看護ステーションへは利用医療機関よりご説明していただきま
 すようお願いいたします。

看取り時	急変時
ご家族等	ご本人もしくはご家族等



訪問看護ステーション 事業所名： 電話番号※：	訪問看護ステーション 事業所名： 電話番号※：
-------------------------------	-------------------------------



看取りサポート連絡窓口	かかりつけ医 かかりつけ医以外の医師 ※在宅医療サポ ート医は対応しかねます。 医療機関名： 医師名：
-------------	---



在宅医療サポート医

※24時間繋がる番号をご記入ください