

看取りサポートチーム記録用紙

☐ 看取りサポート要請電話受付

派遣要請日: 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

派遣先: 自宅 ・ 施設(施設名:)

派遣先住所: 電話番号:

☐ 派遣医師への電話連絡

* 医師会ホームページの当番予定表の上から順に連絡する。対応不可の場合は次の医師へ連絡する。

電話連絡した医療機関名、医師名 (電話応答がない場合、対応不可の場合も記載)

医療機関名: 医師:

医療機関名: 医師:

医療機関名: 医師:

※派遣医師が見つからなかった場合は、電話応答がない医師へ再度連絡をする。

全ての医師から「訪問が不可」と回答があった場合は、北畠医師へその旨を連絡し相談する。

☐ 派遣医師名:

☐ 訪問予定時間: 令和 年 月 日 時頃 ☐ タクシー利用: あり ・ なし

☐ 訪問終了時間: 令和 年 月 日 午前・午後

連絡事項等:

* この用紙は対応時の記録用として使用し、後日医師会事務局へ FAX(017-777-1503)で送信する。