

訪問看護師から病棟への来院連絡票

太枠の欄に必要事項を記入し、注意事項をご確認の上、ファックス送信願います。

磐田市立総合病院			
入院病棟	階	東・西	
患者氏名			
生年月日	年	月	日

訪問看護ステーション	
事業所名	
担当者名	
電 話	()
F A X	()

■在宅医療を担当する、かかりつけ医の氏名を記入してください。

施設名	医師名
-----	-----

■了解を得た人（患者本人またはその家族）の氏名を記入してください。

氏 名	続 柄
-----	-----

来 院 目 的	
来 院 希 望 日 時	年 月 日 () 午後 : *設定時間は 13:30~16:00 の間をお願いします。 *当日や土日・祝日はご容赦ください。
来 院 予 定 者	
確 認 事 項	
備 考	

■注意事項

- (1) 必ず、事前にかかりつけ医となる医師の了解または指示を受けてください。
- (2) 必ず、事前に患者様ご本人またはご家族の了解を得てください。
- (3) この連絡票は来院希望日前日の午前中までに以下のFAX番号へ送信してください。

送信先 **FAX 0538 (38) 5246** （磐田市立総合病院 地域医療支援室）

※FAXの流れ 地域医療支援室 → 退院支援看護師 → 入院病棟