

ケアプラン FAX送信票

送信先 : 磐田市立総合病院 地域医療支援室
FAX 0538-38-5246

※ケアプランは、なるべく退院前にご送付ください。

患者氏名	_____	様
診療科	_____	科
主治医	_____	Dr.
入院病棟	_____	F 東 ・西
退院日	平成 _____	年 月 日
送信枚数	_____	枚 (この用紙を含む)

事業所名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

※この用紙は介護支援専門員がFAX送信する時のみお使いください。