

施設から入院患者に関する病棟への連絡票

磐田市立総合病院

入院病棟 _____ 階 東・西

施設名 _____

患者氏名 _____

M T

生年月日 S H _____

担当者名 _____

電話 _____

FAX _____

来院目的) 入所予定者に関する情報確認の為の訪問

承諾を得られた方 氏名 (_____) 患者との続柄 (_____)

来院希望日時	年 月 日 () 午後 時希望 ※設定時間は13時30分~16時の間で設定して下さい。 ※対応困難な場合には後日病棟から連絡をさせていただきます。
確認事項 (確認対象職種)	

入所施設の担当者の方へ

送信先 磐田市立総合病院 地域医療支援室

FAX 0538-38-5246

平日に余裕を持って送信をお願いします。

Fax の流れ 地域医療支援室→退院支援看護師→入院病棟へ

(25.3月作成)