

FAX専用

磐田市立総合病院 地域医療連携室 FAX 0538-38-5295

磐田市立総合病院では、ご紹介いただいた患者さんの経過や治療内容について、できる限り担当医より文書にて報告させていただくよう努めております。

しかしながら、報告が未着となっている場合は、大変お手数をおかけしますが、この申込書に必要事項をご記入の上、地域医療連携室にFAXで送信をお願いいたします。なお、この申込書をご利用いただいた場合、診療情報提供依頼の別途記載は不要です。

経過問い合わせ申込書

貴医療機関名・紹介医ご芳名・所在地・連絡先

FAX送信日 年 月 日

磐田市立総合病院 地域医療連携室 宛

下記の紹介患者さんの診療情報提供を依頼します。

フリガナ				性別	男 女
患者氏名					
生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和	年	月	日	(歳)
報告書提供までのご希望		月		日	までに必要
ご紹介宛先の診療科					
備考 (要望・地域医療連携室に伝えたいこと等)					

おわかりになれば、下記のご記載をお願いします。

磐田市立総合病院 患者番号	
患者さんの旧姓	
ご紹介の時期	

地域医療連携室記入欄	<input type="checkbox"/> ID	<input type="checkbox"/> 手段
	<input type="checkbox"/> スキャン処理<依頼状> <input type="checkbox"/> 依頼() / : サイン	FAX 日時 / : サイン () 郵送 日時 / : サイン ()

磐田市立総合病院 地域医療支援センター 地域医療連携室
電話 0538-38-5545 FAX 0538-38-5295 受付時間 月～金曜日 8:15～18:00
上記以外の時間及び土・日・祝日につきましては、翌診療日の対応となりますのでご了承ください。