**ＦＡＸ問い合わせ票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 | 送信枚数　　　　　枚(送信票含む) |
| 発信者 | 事　業　者　名 | ＴＥＬＦＡＸ |
| 担　当　者 | 氏　名　　 | 　　 |
| 送信先 | 新潟市民病院　患者総合支援センター　地域医療室　　医療福祉相談員　　宛 | ＴＥＬ　025-281-5151（内1067）ＦＡＸ　025-281-5471(直通) |

下記の内容について照会します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患　者　情　報 | 患者生年月日　（Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　．　　．　　）ふり仮名（　　　　　　　　　　　 ）患者氏名（　　　　　　　　　　　　）　　男　・　女患者ＩＤ　（　　　　　　　　　　　　　　）□入院中（　　　　　　病棟）　　　　□外来通院中　 |
| 内　　　　　容 | 該当する項目にチェックをしてください。* 退院時看護サマリーを頂きたい
* 退院の時期が知りたい
* いつ頃、情報収集・調査に入ったら良いか知りたい
* その他

上記連絡を取ることについて、患者さん又はご家族より同意を　　　　　　　　　　　□頂いています　　　　□頂いておりません |
| 連　絡　事　項 | 新潟市民病院からの回答方法について□ＦＡＸを希望　　□電話を希望　□ＦＡＸ電話どちらでも良い |

**注意事項**

**※患者情報について、苗字のみでは特定できません**。**必ず生年月日とふり仮名をご記入頂きますようお願いします。**

**※問い合わせに関しては、患者さん・家族の同意を得ていることが必要です。**

**※意見書・指示書に関しては、医事課(文書係)に直接お問合せ下さい。**

**※病状に関しては、ご本人・ご家族に確認頂いた上でご不明な点がある場合にご相談下さい。**

**※入院時情報提供書に関しては、地域医療室にご郵送下さい。**

**〒950-1197　新潟市中央区鐘木463-7**

**新潟市民病院　患者総合支援センター　地域医療室**

**令和元年9月1日**