

## F A X 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	TEL FAX	
	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 ( ) <input type="checkbox"/> 入院中 ( 病棟) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 退院時看護サマリーを頂きたい <input type="checkbox"/> 退院の時期が知りたい <input type="checkbox"/> いつ頃、情報収集・調査に入ったら良いか知りたい <input type="checkbox"/> その他 上記連絡を取ることに、患者さん又はご家族より同意を <input type="checkbox"/> 頂いています <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> FAXを希望 <input type="checkbox"/> 電話を希望 <input type="checkbox"/> 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いたします。

※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