

FAX 送信票（入院時情報提供書・看護サマリー）

送信先 新潟市民病院 患者総合支援センター TEL : 025-281-5151 (内 1067)
地域医療室 医療福祉相談員 宛 FAX : 025-281-5471、5472 (直通)

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
	担当者職種： <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> () 氏名：	

患者さん、ご家族の同意のうえ情報を FAX します。(同意を頂いてにチェックを入れて送信ください)

患者情報	患者生年月日 (M・T・S・H・R . .)
	ふり仮名 ()
	氏名 () 男 ・ 女
	患者ID ()

※ 患者情報について、名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いただきますようお願いいたします。

ご要望	<input type="checkbox"/> 退院時看護サマリーを発行して欲しい
	<input type="checkbox"/> 退院の目処が立ったら教えて欲しい
	※MSW が担当しない場合もあります。その場合は病棟又はご家族からの連絡となります。

※ 病状に関しては、ご本人・ご家族に確認いただいた上でご不明な点がある場合は「FAX 問い合わせ票」(新潟市民病院ホームページから印刷可能)にてお問い合わせください。

【新潟市民病院記載 返信欄】

ご担当者様

情報提供いただいた上記患者様について

- 情報提供の FAX を受け取り入院病棟に届けました。
 ご要望を入院病棟に連絡致しました。

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：

返信年月日：令和 年 月 日