

新百合ヶ丘総合病院 搬送時連絡票

F A X 送付先 0 4 4 - 3 2 2 - 0 1 8 0 地域医療連携課
（日、祭日は 0 4 4 - 3 2 2 - 9 4 7 7 救急科受付

搬送予定日 / 時間 :

患者情報

フリガナ:

氏名: _____ 男・女

生年月日: _____ 年 月 日 (歳)

電話: _____

住所: _____

診断名 ① _____

② _____

③ _____

依頼元医療機関名: _____

ご担当医: _____ 科 _____ 医師

連絡先電話番号: _____ (部署 _____ 担当者 _____)

* 降着に関して当院救急科医師、救命士からご担当者へご連絡を致します。

* 診療情報提供書も追って F A X していただきますようお願い致します。

地域医療連携課 TEL 0 4 4 - 3 2 2 - 8 1 1 3 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
(日、祝日 代表 0 4 4 - 3 2 2 - 9 9 9 1)