

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
	担当者氏名:	FAX
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、5472 (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
同意	下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
回答方法	<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
内容	該当する項目が有る場合はチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 退院の時期が知りたい <input type="checkbox"/> 情報収集・調査の時期・方法について知りたい ※ その他のお問い合わせ等は下記にご記載をお願いします。スペースが不足した場合は別紙に記載いただき添付してください。

注意事項

- ※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ください。
- ※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。
- ※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ください。
- ※意見書・指示書に関しては、医事課(文書係)に直接お問合せください。
- ※入院時情報提供書について

郵送の場合の宛先:「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」

FAXの場合の添付書類:別用紙の「FAX送信票 (入院時情報提供書・看護サマリー)」

(新潟市民病院ホームページから印刷可能)

〒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4年7月1日