

施設から病棟への来院連絡票

◆枠内に必要事項を記入し、注意事項を確認の上 F A X 送信願います。

患者氏名	
年齢	歳
生年月日	年 月 日
入院病棟	階 東・西

施設名
担当者名
電 話
F A X

ご家族等情報共有に関して承諾は得られていますか。

来院目的	
来院希望日時	年 月 日 () 午後 :
※設定時間は 13:30～16:00 の間をお願いします。	
※当日や土日・祝日はご容赦ください。	
確認事項	

◆注意事項

- ①必ず、事前に患者様ご本人またはご家族の了承を得てください。
- ②この連絡票は来院予定日前日の午前中までに以下の F A X 番号へ送信してください。

※以下、労災病院記載

<input type="checkbox"/> 労災病院からの返信欄
月 日 時 分にお待ちしております。
入退院支援室

送信先 F A X **053-411-0315** (浜松労災病院 患者支援センター)