

診療・看護情報提供書(転医・入院予約用)

香川県立白鳥病院 宛

(FAX番号 0879-25-4323)

医療機関名	病院		
主治医・科・氏名	(科)	先生	
電話番号 (内線)	—	—	
F A X 番号	—	—	
担当者所属・氏名	地域連携室	様	

希望診療科	科	希望医師名	医師
ふりがな 患者氏名			性別 男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生 (才)	【感染症】 無・有 (HBV・HCV・MRSA・その他 :)	

【病名】
【介護認定】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中
【介護サービス】 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている ()
【処置】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
【今後の方向性】 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 長期療養型病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
【キーパーソン】 () 続柄 ()
【部屋】 <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでも良い
上記以外に詳細情報があれば記入をお願いします。

白鳥病院記載欄

主治医		当日受付場所	中央受付
入院病棟	病棟	予 約	未 ・ 済
転医日・時間	平成 年 月 日 時	医事連絡	未 ・ 済
	直入 ・ 診察後 ・ 検査後	地域連携担当者名	

(注意) 救急車等で搬送の場合も正面玄関から搬入してください。

お問合せ先 : 香川県立白鳥病院 地域医療連携係 電話 0879-25-4321 (直通)

F A X 0879-25-4323 (直通)