訪問看護連絡票

医療機関名　中東遠総合医療センター
連絡先　TEL　0537-28-8025
FAX　0537-61-2620
主治医氏名　　先生御机下

⇔

事業所名
連絡先　TEL
FAX
担当者名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日生）

下記について（　指示　・　検討　・　確認　）をお願いいたします。

相談内容	回答
	返信日　令和　　年　　月　　日 返信者　地域医療支援センター 氏名

※流れ　　地域医療支援センター　→　該当部署（回答）　→　地域医療支援センター

地域医療支援センター　入退院支援係作成