

様式 3

FAX: _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 先生御侍史

届出状況確認依頼票

〒444-0827 愛知県岡崎市針崎町五反田 1 番地
藤田医科大学岡崎医療センター
地域医療連携部 医療連携室
TEL: 0564-64-8200 FAX: 0564-64-8194

下記、患者さんの届出状況の確認をお願いいたします。

患者氏名: _____ (当院 ID: 9999999) (男・女)

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (●歳)

【確認内容】

① 現時点で引き続き緊急時に岡崎医療センターに入院することを希望していますか？

はい いいえ

② 届出内容に変更はありますか？

はい いいえ

※“はい”の場合は、下記に変更内容の記載をお願いします。

③ 前回確認以降で特記すべき事項はありますか？

はい いいえ

※“はい”の場合は、下記に変更内容の記載をお願いします。

◎この依頼票をそのまま用いて FAX してください。