

地域連携文書 連絡票

小牧市民病院 科 先生	施設名： 職種： 氏名： 連絡先 TEL： FAX：
フリガナ 患者氏名：性別：男・女 生年月日：年 月 日	
連絡確認事項内容 該当項目に○をつけてください 1. 訪問看護指示書・主治医意見書作成伺い 2. 福祉用具使用に係る主治医の意見伺い 3. 訪問看護計画書に対する主治医の意見の伺い 4. 担当変更の連絡 5. その他 〔 〕	
コメント欄	
※連絡票を郵送する前の確認事項 1. 確認したい医師名・診療科名が記載されている 2. 患者氏名、生年月日、年齢に間違いがない 3. 確認事項に「○」がついている 4. 返信用封筒を同封して郵送してください	
送付先 〒485-8520 小牧市常普請1-20 小牧市民病院 患者支援センター	