

松江赤十字病院 地域医療連携課 行  
FAX：0852-27-9261  
電話：0852-32-7813

医療機関名  
担当者名  
電話：  
FAX：

## 転院依頼書

※転院をご希望の場合、まずは当院代表電話（0852-24-2111）より、  
当院の該当診療科部長、または担当医師へご相談ください。

（その際、ご相談頂いた医師名の確認をお願いします）

ご相談の結果、転院確定となった場合には、本用紙に必要事項をご記入の上、  
地域医療連携課宛FAX送信後、地域医療連携課まで連絡をお願いいたします。  
紹介状・看護情報も出来次第FAXをお願いいたします。

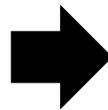
### 1. 患者基本情報

当院 ID

ふりがな	性別	生年月日	
患者氏名	男・女	大平	昭令
ADL	認知症		
自立・車椅子・ストレッチャー その他（ ）	あり ・ なし		
その他連絡事項	人工呼吸器の使用状況		
	あり ・ なし	メーカー	
		機種	

### 2. 診療情報

貴院での診療科
貴院での主治医
診断名



松江赤十字病院での診療科
転院相談した松江赤十字病院医師

当院記載

入院病棟
------

### 3. 転院情報

転院予定日・時間
来院方法
自家用車・救急車 その他（ ）
来院場所
入院受付・初診受付・救急外来