

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

医療機関名
担当者名
TEL：
FAX：

転院依頼書

※貴院主治医から当院該当診療科医師へ直接ご連絡下さい。
受入れ確定後、地域医療連携課宛に本用紙をFAX願います。

1. 患者基本情報

(ふりがな)	性別	生年月日
患者氏名	男・女	M T S H
ADL	認知	
	あり ・ なし	
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	➔	松江赤十字病院での診療科
貴院での主治医		松江赤十字病院医師
診断名		

3. 転院情報 *松江赤十字病院医師へ確認し、チェック欄にレ点をお願いします。

転院希望日	チェック欄
転院方法	チェック欄
自家用車・救急車・ その他 ()	
来院場所	チェック欄
入院受付・初診外来・救急外来	