

転医前情報依頼書

医療機関名 _____

患者氏名 _____ 様

下記の情報を確認後、FAX をお願い致します。

面会についての説明をお願い致します。

1. 転医時の来院方法

- ☐ 自家用車（車種： _____ ナンバー： _____ 色： _____ ）
- ☐ 介護タクシー（事業所： _____ ）
- ☐ 救急車

2. 転医時付き添い者

- ・ 付き添い者（続柄： _____ ）
- ・ 付き添い者の風邪症状、コロナ罹患： 有 ・ 無

3. 患者本人

- ・ コロナ罹患歴 6 ヶ月以内： 有 ・ 無

※面会について

- ・ 回数：基本は週 1～2 回（主治医の判断により回数変更あり）
- ・ 人数：2 人まで（15 歳未満は不可）
- ・ 時間：1 回 15 分
- ・ 予約制：前日までに病棟へ連絡し予約をとる

まるがめ医療センター 地域医療連携室

FAX 0877-83-0490