

診療情報提供書用 FAX カバーシート 平成 年 月 日
(紹介医 地域医療連携室)

宛先 FAX 022-293-0709

仙台医療センター地域医療連携室 行

〒983-8520 仙台市宮城野区宮城野 2-8-8 TEL022-293-0703

診療情報提供書をお送り頂く際にはお手数ですがこのカバーシートを利用して下さい
夜間休日に緊急で患者さんの診療情報提供書をお送りいただく場合は、
救急外来の Fax(022 - 293-0673)宛にお願い致します

発信元情報

医療機関名:	御担当医名:
電話番号:	FAX:

このカバーシートを含めて _____ 枚

診療情報提供書送付の目的

FAX 受診予約で受診日が決定したため 受診に備えて追加送付
緊急の電話依頼により [一般外来受診 ・ 救急外来受診 ・ 入院]
となったため 患者情報を送付
[受診 ・ 入院] を依頼するために患者情報を送付

受診あるいは入院が決まっている場合その日付

未決定
平成 年 月 日の予定

連絡事項

--