大垣市民病院紹介患者転帰調査依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 調査依頼日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 紹介元医療機関名・医師名 | 　　　　　　　・ |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 紹介日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 紹介先の科 |  |
| その他／備考 |  |
| 希望返信期日 | 　　　　　年　　月　　日 |

方　法

１　内容を記載して地域連携課に送付／FAXしてください。（FAX：0584-77-0859）

２　地域連携課が当院の担当科に経過・転帰を診療情報提供書に記載してもらい、先生方に送付／FAXします。

３　依頼できる診療所・クリニックは患者さんの紹介元のクリニックのみとします。

４　報告に可能なのは患者さんの紹介時より1年以上経過していない場合に限ります。

５　報告は当院で判明できる範囲まで、転院先での転帰などの調査はできません。