

サービス事業所 連絡票

医療機関名	菊川市立総合病院 地域医療支援課
連絡先	電話 0537-35-2850 FAX 0537-35-2843
主治医氏名 ()科	()医師



事業所名 ()
相談者 ()
連絡先 電話: ()
FAX: ()

ID()患者氏名: 生年月日: 年 月 日(歳)

(受診日 月 日)

担当CM事業所 ()

CM名 ()

相談内容	回答
返信日	年 月 日
返信者	地域医療支援課
氏名	()

※「サービス事業所連絡票」は受診前日の午前中までに地域医療支援課に提出してください。
 ※FAXの時は、地域医療支援課に連絡後送付してください。