

# ケアプラン FAX送信連絡票

送信先: 中東遠総合医療センター 地域連携室  
FAX 0537-61-2620

\*退院後、数日以内に送信をお願い致します。

患者氏名	_____	様
診療科	_____	科
主治医	_____	Dr
入院病棟	_____	階 東・西
退院日	_____	平成 年 月 日
送信枚数	本誌含む ( ) 枚	

発信者 事業所名 \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

発信日 平成 年 月 日