

診療依頼 FAX(連携施設用)

施設名：

記入者名：

名前			生年月日		
バイタル	体温			SPO ₂	
	血圧			脈拍	
症状					
今回の経過	時	分			
	時	分			
	時	分			
	時	分			
	時	分			
ご家族の意向	☐ 連絡つかない ☐ 身寄りなし ☐ 続柄： 確認しました				
付きそい	☐ ご家族（続柄： ） ☐ 施設職員（職種： ）				
家族の意向 を踏まえた 施設の意向	☐ 入院希望 ☐ 外来診察のみ希望 ☐ 診察の上方針を検討してもらいたい				

FAX 送信先 キナシ大林病院地域連携室 087-882-3539