

FAX 番号：

日付_____

先生御机下

届出状況確認依頼票

〒495-8531 稲沢市祖父江町本甲拾町野7番地

愛知県厚生農業協同組合連合会

稲沢厚生病院（地域医療連携室）

TEL：0587-97-2759 FAX：0587-97-3833

地域医療連携室事務：_____

下記の患者様の届出状況の確認をお願いいたします。

患者 _____ 様（男・女）生年月日：_____年____月____日

【確認内容】

①現時点で引き続き緊急時に稲沢厚生病院に入院することを希望していますか？

はい いいえ

②届出内容に変更はありますか？

はい いいえ

※“はい”の場合は、下記に変更内容の記載をお願いします。

③前回確認以降で特記すべき事項はありますか？

はい いいえ

※“はい”の場合は、下記に変更内容の記載をお願いします。

◎この依頼票をそのまま用いて FAX してください。