医療機関名（　　　　　　　　）御中

熊本総合病院　「在宅療養後方支援病院」登録完了通知書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 氏名 |  |

上記の患者様の登録が完了しましたのでお知らせ致します。

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**登録患者様の受診依頼**  
　登録患者様の状態が入院による治療が必要と判断された場合は、下記の方法でご連絡ください。

かかりつけ医

1. 当院へ連絡

TEL：0965-32-7111（代表）

※下記の窓口に繋ぎ対応致します。

②診療情報提供書をFAXする



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対応時間 | 対応窓口 | FAX番号 |
| 8：30～17：00 | **地域医療連携室** | **0965-32-7207** |
| 17：00～8：30 | **救急外来** | **0965-34-2530** |