

【医療・介護関係者の方専用】

## 倉敷平成病院 オンライン面談 申込書

年 月 日

### ■事業所について

事業所名		
TEL/FAX	TEL:	FAX:
ご担当者氏名/職種	氏名:	職種:

### ■患者さんについて

患者氏名	
患者生年月日	
患者住所	

### ■オンライン面談希望日時

(面談対応時間：月～金 9時～11時、13時～16時) ※祝日除く

※直近の場合には、お電話でお問い合わせください

第1希望	日にち： 月 日 ( ) 時間 :
第2希望	日にち： 月 日 ( ) 時間 :
第3希望	日にち： 月 日 ( ) 時間 :

### ■オンライン面談希望理由

オンライン面談を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身体状況を確認したい <input type="checkbox"/> 専門職の意見を聞きたい (医師の対応はしていません) <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス <input type="checkbox"/> 患者と面会したい <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------------	--

送信先:倉敷平成病院 地域医療連携センター FAX 086-427-1197

※ FAXを確認させていただき、決定した日時、Zoom ID/パスコードを返信致します。

※ FAX対応時間は、平日9時～16時までとさせて頂いております。

※ 時間帯によっては、返信が翌日以降になる可能性がございます。

※ 原則15分以内を想定しております。

以下は、当院で記入し、返信致しますので、記入しないでください。

### ■オンライン面談

面談日時	日にち： 月 日 ( ) 時間 :
ID	
パスコード	
担当者	

当日は、定刻5分前より入室可能となります。ご不明な点はお問い合わせください。

倉敷平成病院 地域医療連携センター:TEL:086-427-6550