

医療ネットワークFAX連絡票

- 下記の内容を電話とFAXでお知らせください。(順序は緊急度に応じて判断してください。)

[地域] 拠点病院の連絡先はP.11を参照ください。

- 本連絡票は相談のみに用いることも可能です。

[地域] 拠点病院では、相談記録として保存してください。

- 紹介時は別に診療情報提供書(紹介状)が必要です。

相談を経て紹介に至る際に、本連絡票は紹介状には記せない虐待に関する情報提供となります。

_____年 _____月 _____日 _____時 _____分

相談の緊急度： 至急 数時間以内 本日中 数日以内

〔相談先〕

_____ 病院 小児科 _____ 科 御中 FAX番号 _____

〔相談元〕

医療機関名 _____ 診療科 _____ 担当者名 _____

電話番号 _____ (緊急連絡先) _____ FAX番号 _____

患児の性別・年齢	男 ・ 女 (歳 か月)
傷病名や特性 (疑いを含む)	
養育の状況	<ul style="list-style-type: none">● 子どもの状況● 親や家庭の状況● 親子のかかわり方
拠点病院等紹介について 保護者への説明内容	
情報提供の 目的とその理由	