患者名

（　　様）　送付表

9時必着希望は〇の中にチェックを入れる

発信部署	発信日　　月　　日

搬送先（1ヶ所を〇で囲んでください）				
病棟	3階	2階	1階	地下1階
8階東	泌尿器科外来	内科外来	麻酔科蘇生科外来	血管造影室
8階西	形成外科外来	整形外科外来	リハビリテーション	CT
7階東	産婦人科外来	外科外来 （1外・2外・光学診療）	検査部微生物検査室	MRI
7階西	小児科外来	放射線科外来	救急部	PETセンター
6階東	眼科外来	放射線部（造影）	病理部	栄養部
6階西	脳神経外科外来	核医学（RI）	医事課	
5階東	耳鼻咽喉科外来	検査部	入院担当	
5階西	歯科口腔外科外来	メディカルサポートエリア （入退院センター）	医事係	
周産母子	精神神経科外来		カルテ室	
新生児集中	皮膚科外来	1番窓口	医療福祉支援センター 地域連携室	
4階西	内視鏡センター （光学医療診療部）	医事課	医療福祉相談部門	
3階東	血液浄化療法部	外来担当	防災センター	
3階西	神経・難病センター	医療福祉担当		材料部
2階東	自己血採血室	外来化学療法センター	手術部	薬剤部
2階西	超音波検査センター			
	4階 看護部	輸血・細胞治療部	集中治療部	物流管理室

＜外来・検査時の内容＞
＊依頼側で準備した物に〇をつけてください
・入院カルテ　・依頼書　・IDカード　・承諾書　・同意書　・指示書
・ECG　・その他

＜患者情報＞＊当てはまる項目を〇で囲んでください　・往診
・独歩　・車椅子　・ストレッチャー　・移動介助が必要
・点滴　・輸液ポンプ　・シリンジポンプ　・酸素（流量L）　・尿道留置カテーテル
・持続吸引ドレーン
・難聴　・意思疎通困難（コミュニケーション手段：　例）筆談）

＜外来・検査＞
＊終了後、IDカードを｛　｝へまわしてください

＜次回外来受診日＞
（　）

＜その他連絡事項＞　カルテ作成時　（　短期　・　普通入院）

★搬送依頼時には、送付票を必ずつけてください。ただし、検体搬送専用容器には不要です。
★伝票やラベルなど不備のないように準備してください。不備に対応できません。
★2ヶ所に送付する場合「終了後｛　｝へ」 発信元へ戻す場合「発信元」を赤〇で囲むこと　[令和4年1月5日変更]