

診療情報提供書

平成 年 月 日

(連携医療機関名)

先生御侍史

平素は医療連携について何かとご高配を賜りありがとうございます。
さて、下記患者様について、現時点での情報交換をいたしたくお願い申し上げます。

ID
患者氏名
生年月日

年 月 日 記入

病名 []

在宅療養を継続していますか。
 している していない

患者様は現在も済衆館病院に緊急時入院することを希望していますか。
 している していない

患者様に関する情報（入院希望の届出）に変更はありますか。
 ある ない

特記すべき出来事がありますか。
 ある ない
 ある場合はその内容をご記入ください。
 []

(在宅療養後方支援病院)

医療法人 済衆館 済衆館病院

*上記ご記入の上、FAX(0568-21-0837)にてお送りいただきますようお願い申し上げます。ご不明な点は地域医療連携室までお問い合わせください。