診療情報交換用紙(在宅療養後方支援病院 登録患者用)

亚时	午		
十八		-	

平素は地域医療連携についてご高配賜りありがとうございます。

3ヶ月に1回、診療情報を交換させていただきます。

下記患者様について、現時点での情報提供をお願い申し上げます。

在宅医療機関名				
担当医師名				
患者氏名	大正・昭和	年	月	<u> </u>

【病名・病状経過・処方内容】	貴院所定の様式を添付していただいても構いません

【患者】

在宅療養を継続していますか 1.

> している していない

患者さまは現在も慈啓会病院に入院することを希望していますか 2.

> している していない

入院希望届けに変更、特記すべきことはありますか 3.

ある(

ない



社会福祉法人 札幌慈啓会 慈啓会病院 TEL: 011-561-8292 地域医療連携室/医療相談室

FAX:011-561-8821(地域医療連携室直通)

)