

診療情報交換用紙

SAMPLE

年 月 日

【在宅医療機関】

【在宅療養後方支援病院】

八千代病院 地域連携課

TEL 0120-855-814(直通)

FAX 0120-811-814(直通)

先生 御侍史

当院ID			
患者氏名		生年月日	

診療情報

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望の意思等に変更がある場合
下記にご記入をお願いします。

- ☐ 入院希望登録時の届出内容に変更はありません
- ☐ 入院希望登録時の届出内容に変更があります
- ☐ 利用停止希望があります(死亡、転居等)

変更内容のご記入をお願いします

※貴院所定の診療情報提供書を添付していただいても構いません。

〇3ヶ月に一度、診療情報を交換させていただきます。期限が近くなりましたら、当院より、
ご案内をさせていただきます。必要事項をご記入の上、返信をお願い致します。