

診療情報提供書(初回以降)

記入日: 西暦 年 月 日

済生会江津総合病院 担当医 行

医療機関名

所在地

地域医療連携室 行

医師氏名

FAX:0855-54-0164

TEL

FAX

| | | | |
|------|---------------|---|---------|
| 患者氏名 | フリガナ | 男 | 〒 - |
| | 明・大・昭・平 年 月 日 | | 連絡先 () |
| | | 女 | |

病名 _____

在宅療養を継続しているか

・している ・していない

患者さんは現在も済生会江津総合病院へ緊急入院することを希望しているか

・希望する ・希望しない

患者さんの入院希望届出書の変更の有無

・あり ・なし

ある場合は内容を記入

[]

特記すべき出来事の有無

・あり ・なし

ある場合は内容を記入

[]