

入院希望届出患者様の診療情報交換用紙

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	様
生年月日	

年 月 日 記入

病名：

- 患者様は現在も城北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。（別紙の添付でも結構です）

(在宅療養後方支援病院)

公益社団法人 石川勤労者医療協会 城北病院
TEL 076-251-6111 (代表)

*上記ご記入の上、FAX (076-208-5231) 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。