

連携医療機関向け情報提供書

連携先医療機関等名

平成 年 月 日

連携医 様

患者登録番号

在宅療養支援診療所届出
保険医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
患者住所			
電話番号		職業	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
主たる傷病名			
既往歴及び家族歴			
病状、診療内容及び治療経過等			
最近の検査結果			
現在の処方			
その他の特記事項			