

診療情報提供書（情報交換用紙）

記入日：平成 年 月 日

市立加西病院 担当医様
FAX：0790-42-5365

医療機関名 _____
所在地 _____
医師氏名 _____
電話 _____

(フリカナ) 患者氏名	性別	男・女	生年 月日	M・T S・H	年	月	日
連絡先： ()							
病名：							
在宅療養を継続しているか： ・している ・していない							
患者さんは現在も市立加西病院へ緊急入院することを希望しているのか ・希望している ・希望していない							
患者さんの入院希望届出書の変更の有無： ・あり ・なし ※ある場合は以下に記入して下さい							
その他特記すべき内容の有無： ・あり ・なし ※ある場合は以下に記入して下さい							