（様式２）

北九州市立八幡病院

患 者 連 絡 票

3ヶ月毎（4月・7月・10月・1月）

令和　　年　　月　　日

（連携医療機関名）

先生御侍史

平素は医療連携におきましてご高配を賜りありがとうございます。
さて、当院入院希望登録いただいております下記の患者さんついて、現時点での診療情報の提供を
よろしくお願い申しあげます。
なお登録内容に変更がございましたら、変更内容をご記入ください。

ＩＤ							
患者氏名		生年月日		年齢	歳	性別	□ 男 □ 女
住所	（変更 □無 □有 ）						
電話番号							

年　　月　　日 記入

在宅療養の継続	□ 有	□ 無
入院希望継続	□ 有	□ 無
特記すべき診療情報	□ 有	□ 無
＊ある場合はその内容をご記入ください。		

＊ 上記ご記入の上、FAX（０９３－６６２－１９０９）にて医療連携室にお送りいただきますようにお願い申しあげます。ご不明な点は医療連携室（TEL093-662-6565　代表）までお問い合わせください。