（様式2）

資料 3
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）

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<br>□ 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（TEL：093－662－0990　直通）までお問い合わせください。