（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）にて地域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。ご不明な点は地域医療連携室（TEL：093－662－6565 代表）までお問い合わせください。