平成　　年　　月　　日

診療情報交換用紙（登録患者様専用）

在宅医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ファックス番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

在宅療養後方支援病院

総合病院　厚生中央病院　医療連携室

TEL：03-6863-2890.・2891（直通）

FAX：03-3713-8021（直通）

1　登録患者様

No.	＊ＩＤ番号	氏　名

＊3か月に1回、診療情報を交換させていただきます。

＊ID番号は当院のID番号です。

2　診療情報

※　貴院所定の診療情報提供書の様式を添付していただいても構いません。

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望意思に変更がある場合にご記入ください。
□　入院希望登録時の届出内容に変更はありません。
□　入院希望登録時の届出内容（診療内容等）に変更があります。（下記のとおり変更しました）
↓　**変更内容等をご記入ください**