

令和 年 月 日

先生御机下

在宅療養後方支援病院 診療情報交換票

〒 9 1 7 - 8 5 6 7 福井県小浜市大手町 2 番 2 号

杉田玄白記念公立小浜病院

地域連携室： _____

T E L 0770-52-0990 F A X 0770-52-1152

下記の患者さまについて、届出内容の確認をお願いいたします。

患者 _____ 様（男・女） 生年月日 _____ 年 月 日

【確認内容】

① 入院希望登録時の届出内容に変更がありますか

はい いいえ

（「はい」の場合は下記に変更内容の記載をお願いします）

② 前回以降で特記すべき事項はありますか

はい いいえ

（「はい」の場合は下記に変更内容の記載をお願いします）

この交換票を F A X いただきますようお願いいたします。