

在宅療養後方病院 登録患者診療情報交換用紙

年 月 日

熊本総合病院 地域医療連携室

TEL：0965-32-7111

FAX：0965-32-7207

在宅医療機関		担当医師	
--------	--	------	--

電話番号		FAX番号	
------	--	-------	--

1. 登録患者情報

登録番号		氏名	姓 () 名〇〇
------	--	----	-----------

2. 診療情報

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望意思の変更がある場合は記載して下さい	
入院希望登録時の届出内容に変更の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無