

# 診療情報提供書(2回目以降)

記入日 令和 年 月 日

大阪刀根山医療センター担当医宛

医療機関名

所在地

地域ネットワークセンター

医師氏名

FAX06-6844-8778

TEL

FAX

## <患者様に関する情報>

### ○基本情報

氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生
住所	
連絡先	- -

○ 病名 \_\_\_\_\_

○ 在宅療養を継続しているか  
している していない

○ 患者様は現在も刀根山病院へ緊急時に入院することを希望しているか  
希望する 希望しない

○ 患者様の入院希望届出書の変更の有無  
あり なし

ある場合は内容を記入

[ ]

○ 特記すべき出来事の有無  
あり なし

ある場合は内容を記入

[ ]