在後病様式3　　医療法人　熊谷総合病院

（初回以降）診療情報交換用紙

平成　　年　　月　　日

在宅医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ご担当医　　先生 電話番号 FAX番号	在宅療養後方支援病院 熊谷総合病院　地域医療連携室 電話(直通)　048-525-6779 FAX(直通)　048-525-6769

１．　登録患者様

貴院患者番号	当院ＩＤ	患　者　氏　名	生 年 月 日

----------<下記記載をお願いします。>----------

２．診療情報

３ヶ月に１回、診療情報を交換させていただきます。
（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、当院への入院希望等に変更がある場合ご記入下さい
□　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）に**変更があります**
変更内容等をご記入下さい

ご郵送または FAX でご返信いただきますようお願いします。