外来―地域連携　情報共有シート 記入日　 　年　 　月　 　日

2022湖南圏域病院在宅連携検討会議

②返信

①依頼

|  |
| --- |
| 依頼元　から　依頼先（所属：　　　　　　　　　　　　　　担当者：　　　　　　　　　　　　）様へ |
| 基本情報　　氏名：　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）生年月日：　　　　　　　　　　　　　診療科・次回受診日：　治療中の疾患・備考： 　　　現在（在宅療養中・退院後・外来通院中）の困りごと外来受診にあたり伝えたいこと担当者連絡先：所属（　　　　　　　　　）・TEL（　　　　 　　　　　　　　）・FAX（　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記入日　 　年　　 月　　 日 |
| 依頼先　から　依頼元（所属：　　　 担当者：　　　　　　　 　）様へ |
| 現在の困りごとについてその他お伝えしたいこと* 外来時情報提供書（記入が必要な個所 ： ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ）を送付してください。

担当者連絡先：所属（　　　　　　　　　　　　）・TEL（　　　　　 　　　　　　　　）・FAX（　　　　　　　　　　　　　） |