患者情報確認シート

地域包括ケア外来で患者をお受けさせて頂くにあたって、治療方針が明確であり、当院でのフォローアップが可能とご判断されました患者に関して、疾患問わず原則お断りしない方針です。

下記に詳細な情報を記載していただき、ご教授くださいますようお願いいたします。

患者氏名 .....

生年月日 .....

病名と今後の治療方針について

病状についてのご説明内容

説明を受けた人(本人・家族など)

.....

.....

病歴（既往歴）

そのほか特記することがございましたら、下記にご記載くださいますようお願いします。

※電子媒体または紙媒体どちらかをお選びいただきご記載くださいますようお願いします。

千葉県立佐原病院　地域医療連携室
TEL０４７８－５４－１２３１（代表）
FAX０４７８－５４－５２８１（直通）