

____年 ____月 ____日

診療情報地域連携システム患者情報連絡票

施設名 _____ 御中

施設名 _____ 担当 _____

電 話 _____

下記患者様からは既に包括同意が得られていますが、当施設での閲覧を希望しますので、以下に記載の患者情報のご登録をお願いします。

ふりがな				大正・昭和・平成
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日
患者番号				
患者住所	〒 _____ 電話() _____			