

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あるいは貴院での個別同意が得られています。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登録をお願いします。

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