

訪問看護ステーションとの情報連携シート



R 年 月 日 ()

医療機関名	富士市立中央病院
医師名	科 医師
電話	0545-52-1131
FAX	0545-53-3708



事業所名	
担当者名	
電話	
FAX	

対象者

氏名	様	患者ID	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別	男・女

医師への報告・連絡・相談事項

(内容)



担当医師より

医師確認済み