

循環器地域連携パス 連絡票

令和 年 月 日

【 幹事病院 】 大館市立総合病院 患者サポートセンター FAX 0186-42-7400		【 連携医療機関 】 医療機関名： TEL () FAX ()	
患者氏名		生年月日	年 月 日
住 所		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女



循環器地域連携パスを利用している上記患者様について、ご指示・ご確認をお願いします。

【 連絡・照会事項 】	
<input type="checkbox"/> 休薬に関する問い合わせ	<input type="checkbox"/> その他の問合せ
<input type="checkbox"/> 処方内容に関する問い合わせ	<input type="checkbox"/> 報告、連絡事項あり
(連携医療機関 担当医)	

【 返信欄 】	
<input type="checkbox"/> 以下のとおり回答いたします。	<input type="checkbox"/> 当科へ受診するようご案内願います。
<input type="checkbox"/> ご連絡ありがとうございました。	
(回答日 令和 年 月 日)	
(総合病院 呼吸器・循環器内科 担当医)	