

きのくに医療連携システム「青洲リンク」患者 ID 紐づけ設定依頼書

平成 年 月 日

依頼先医療機関名	御中
	FAX 番号：

下記の患者さんをきのくに医療連携システム「青洲リンク」で情報連携をお願いしたく、患者 ID 紐づけ設定の登録をお願いいたします。

■ 患者情報

地域患者 ID	
ふりがな 氏名	男 ・ 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
依頼先医療機関の患者 ID (受診歴がある場合)	

■ 依頼元医療機関情報

医療機関管理 ID	
医療機関名	
担当者氏名	
部署	
FAX 番号	

依頼先医療機関記入欄	
登録日	年 月 日
登録者氏名	
部署	