

別紙

送付先 新発田地域振興局健康福祉環境部
地域保健課保健指導担当 平田あて
E-mail : hirata.nozomi@pref.niigata.lg.jp

令和5年度 新発田保健所難病患者連絡会 ケース連絡票

所属名		担当者電話番号	
担当者名		提出日	年 月 日

No	氏名 〔疾患名〕	生年月日 (年齢)	市町名	主治医	連絡内容	連絡会参加者氏名 〔職種〕
1	〔 〕	T・S・H 年 月 日 ()			【症状・生活状況等】 【病院と検討・情報共有したいこと】	〔 〕
2	〔 〕	T・S・H 年 月 日 ()				〔 〕
3	〔 〕	T・S・H 年 月 日 ()				〔 〕
4	〔 〕	T・S・H 年 月 日 ()				〔 〕

5	[]	T·S·H 年 月 日 ()				[]
6						
7						
8						
9						
10						