

在宅療養後方支援病院登録用 診療情報提供書(3カ月毎交換)

年 月 日

医療法人 育和会 育和会記念病院
担当医 殿

FAX:06-6758-8007(地域医療連絡室)
TEL:06-6758-8115(地域医療連絡室)
TEL:06-6758-8000(代表)

紹介元医療機関名
住 所
電話番号
FAX番号
医師名 (印)

登録患者様

ふりがな	男	生年	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
患者氏名	女	月 日	年 月 日 (歳)
患者住所	電話番号() -		

上記登録の患者様につきまして、3カ月毎に情報交換をさせていただきます。

1. 傷病名
2. 診療情報 <input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届け出内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届け出内容に変更があります。 <input type="checkbox"/> 在宅療養終了(転居・死亡を含む) <input type="checkbox"/> 入院希望の意思なし <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 具体的に: ※ 貴院様の様式の診療情報提供書を添付いただいてもかまいません </div>
3. 備考

保険情報に変更がある場合のみご記入ください

保 險 情 報	保険者番号	記号・番号	有効期限	公費受給者番号	公費負担者番号	一部負担金免除
	有・無					
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(被保険者氏名)			自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	