

在宅療養後方支援病院登録用 診療情報提供書(初回)

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)

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

1. 傷病名	
2. 既往歴	
3. 症状経過及び治療経過 <input type="checkbox"/> 別紙に記載	
4. 現在の処方 <input type="checkbox"/> 別紙に記載	
5.現在の処置	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 持続導尿 <input type="checkbox"/> 認知症(軽度・重度)
ADLの状態	
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 自立	
6. 備考	

保険情報	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	