**【在宅療養後方支援病院　診療情報交換用紙】**

**令和年月日**

**在宅医療機関名**

**担当医師名 先生**

**登録患者様**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **登録№** | **ID番号** | **氏　名** | **生年月日** |
|  |  |  |  |

**平素は地域医療連携にご高配賜りありがとうございます。**

**3ヵ月に一度、診療情報を交換させていただきます。**

 **上記患者様について、現時点での情報提供をお願い申し上げます。**

**※貴院所定用紙の情報提供書でもかまいません。**

|  |
| --- |
| 1. **現在行われている医療処置はありますか。　　□　無**

**□補液（　　　　　　　　　　　）　　□酸素吸入（　　　　㍑）　　　　□吸痰****□カテーテル類（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　□尿路ストーマ・消化管ストーマ****□インスリン( ) □　麻薬　（　　　　　　　　　　　　　）****□褥瘡（薬剤：　　　　　　　　　　　）□その他（ ）****２) 現在の内服状況をおしらせください。****３）日常生活自立度に変化はないですか。****□無　　　　　　　□有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

|  |
| --- |
| **当院への入院希望意思に変更がある場合にご記入ください** |
|[ ]  **入院希望登録時の届出内容に変更ありません。** |
|[ ]  **利用希望停止があります（死亡・施設入所等により在宅医療を担当しなくなった場合）。** |