

【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No.	ID 番号	氏 名	生年月日
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 ヶ月に一度、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 () 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知らせください。

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)。