

在宅療養後方支援病院 診療情報用紙

患者ID:

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

在宅医療機関名 _____

ご担当医師名 _____

御侍史

電話番号 _____

FAX番号 _____

【登録患者様】

患者氏名 : _____

生年月日 : _____

ID番号(当院) : _____

- * 3カ月に一度、診療情報を交換させていただきます。期限が近くなりましたら、ご案内させていただきますので、よろしくお願いいたします。

【診療情報】

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望などに変更がありましたらご記入をお願いします。

- 入院希望登録時の届出内容に変更はありません
- 入院希望登録時の届出内容に変更があります (住所・連絡先など)
- 利用希望について停止があります (施設入所・死亡などにより在宅医療を担当しなくなった場合)
- * 変更内容について、ご記入をお願いします

(状況)

(処方・その他)

※ 貴院様の所定の診療情報提供書でも結構です

確認事項 (算定している項目にレ点のご記入をお願いします)

- 在宅時医学総合管理料 (C002) 施設入居時等医学総合管理料 (C002-2)
- 在宅がん医療総合診療料 (C003)
- 第2章第2部第2節第1款に定める在宅療養指導管理料 (C101 在宅自己注射指導管理料を除く)