

在宅療養後方支援病院 診療情報用紙

3カ月に1回、診療情報の交換をさせていただきます。

記入後、地域連携室までFAX（011-640-1038）をお願いします。

記入日 年 月 日

在宅医療機関名 _____

ご担当医師名 _____

【登録患者】

患者氏名： _____

生年月日： _____

【診療情報】

病名、治療方針、処方内容、住所など変更がありましたら、ご記入をお願いします。

- 届出内容に変更なし
- 届出内容に変更があります。
- 利用希望の停止（死亡・施設入所など）

変更内容のご記入をお願いします。（別紙添付可）

確認事項（算定している項目）

- 在宅時医学総合管理料
 - 在宅がん医療総合診療科
 - 施設入居時等医学総合管理料
 - 在宅療養指導管理料
- （在宅自己注射指導管理料を除く）