**【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**

**ご担当医師氏名 先生**

**電　話　番　号**

**F　A　X**

**１　登録患者様**

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

**＊3ヵ月に一度、診療情報を交換させていただきます（4月・7月・10月・1月予定）**

**＊ID番号は当院IDです**

**２　診療情報**

|  |
| --- |
| **病名、処方内容、治療方針、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。** |
| **□　入院希望登録時の届出内容に変更があります（住所移転　等）。****□　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）。** |
| **↓　変更内容をご記入ください** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**※貴院所定の診療情報提供書の様式を添付いただいても構いません**