

平成 年 月 日

## 在宅療養後方支援病院 診療情報交換用紙

在宅医療機関名 \_\_\_\_\_  
担当医師名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX 番号 \_\_\_\_\_

【在宅療養後方支援病院】  
蒲郡市民病院 地域医療連携室  
TEL 0533-66-2307(直通)  
FAX 0533-66-2308(直通)

### 1. 登録患者

※ I D 番号	氏 名	生 年 月 日

※ 3ヶ月に1回、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)

※ I D 番号は蒲郡市民病院の I D 番号です。

### 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。
<input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届出内容に変更はありません。
<input type="checkbox"/> 入院希望登録時の届出内容に変更、または利用希望停止があります。(死亡・転居含む)
↓ 変更内容等をご記入ください。