令和　　年　　月　　日

**在宅療養後方支援病院　診療情報交換用紙**

【在宅療養後方支援病院】

蒲郡市民病院 患者支援センター

TEL 0533-66-2307(直通)

FAX 0533-66-2308(直通)

在宅医療機関名

担当医師名

電話番号

FAX番号

１．登録患者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ＩＤ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）

※ＩＤ番号は蒲郡市民病院のＩＤ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。 |
| * 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、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。 |
|  |