

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 患者支援センター
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。