【在宅療養後方支援病院　診療情報交換用紙】(初回以降)

年月日

**在宅医療機関名**

**ご担当医師氏名先生 在宅療養後方支援病院**

**電　話　番　号　　　 十和田市立中央病院　地域医療連携部**

**FAX**  　 　 **TEL:　0176-23-5869（直通）**

**FAX: 0176-21-1234**

**１　登録患者様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | ID番号 | 氏　名 |
|  |  |  |

＊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・転居も含む）。** |
| **↓**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