【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**

電　話　番　号

FAX

在宅療養後方支援病院

十和田市立中央病院　地域医療連携部

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