

在宅療養後方支援病院登録用 診療情報提供書(初回)

年 月 日

〒034-0093 青森県十和田市西十二番町14番8号

十和田市立中央病院 地域医療連携部 行	担当医殿 FAX 0176-21-1234 電話 0176-23-5869	医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当科 _____ 科 医師名 _____ 電話 _____ F A X _____
------------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日生			
患者氏名					(満 歳)			
住所(〒 _____)				電話番号	_____	_____		
				緊急連絡先	_____	_____		
診断名								
既往歴								
処置内容	※当てはまるものに☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 点滴の管理(<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門							
状態	※当てはまるものに☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度)							
診療情報								
保 険	保険者番号		記号		番号		枝番	
	被保険者氏名		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	自己負担割合	<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
	公費負担者番号	公費受給者番号				
備考								

※ 初回のみ、この用紙をFAXしていただきますようお願いいたします。