(紹介元医療機関控)

令和　　年　　月　　日

診療情報提供書

（在宅医療患者で緊急入院を要する患者様用）

紹介先医療機関

〒649-3510

和歌山県東牟婁郡串本町サンゴ台691-7

TEL 0735-62-7111　FAX　0735-67-7200

くしもと町立病院　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　住　所

ＴＥＬ

紹介先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  | 生年月日 | 男・女 |  |
| 患者氏名 |  | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日生　（　　　）歳 | |
| 患者住所 | （〒　　　　　　）　　　　　　　　　電話 | | |

|  |
| --- |
| １．傷病名  ２．紹介目的  ３．既往歴及び家族歴  ４．症状経過・治療および検査結果等  ５．現在の処方  ６．薬物アレルギー　無・有（　　　　　　）　感染症　　無・有（　　　　　　　　　　）  ７．備考 |

※下記加算を算定（当月または前月算定に限る）している場合は該当する項目すべてにチェックしてください。

□　在宅時医学総合管理料　　　　　　　□　施設入居時等医学総合管理料

□　在宅酸素療法指導管理料　　　　　　□　在宅がん医療総合診療料

□　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料