

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グ台 691-7
TEL 0735-62-7111 FAX 0735-67-72000
くしもと町立病院

紹介元医療機関名 _____

_____ 科
紹介先
医師名 _____

住 所
T E L
F A X
医師名 _____ (印)

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。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 | <input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料 |
| <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法指導管理料 | <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 |
| <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 | |