

在宅療養後方支援病院(大船中央病院)診療情報交換書(2回目以降)

【FAX送信先】

大船中央病院 地域医療連携室 宛
FAX番号:0467-42-7358

【FAX送信元】

医療機関名等	
所在地	
医師名	
電話番号①日中	
電話番号②夜間	
FAX番号	

1 登録患者情報

患者氏名	フリガナ	住所	〒			
連絡先	①日中 (続柄)	生年月日	年	月	日	
	②夜間 (続柄)	年齢	歳	性別	男	女
	備考					

2 診療情報(該当する項目に●をしてください)

在宅療養後方支援病院の施設基準に定める3ヵ月に1回以上の診療情報は次のとおりです。

① 病名について

病名:

② 在宅療養の継続について

継続している 継続していない

継続していない理由

③ 現時点において、患者さんが引き続き大船中央病院の緊急時の入院を希望しているか。

希望している 希望していない

④ 入院希望届出内容の変更の有無(住所変更等含む。)

変更あり 変更なし

変更がある場合はその内容

⑤ 療養期間中の特記すべき出来事の有無

あり なし

出来事がある場合はその内容