

【様式5】

(診療情報交換 2回目以降 FAX用) ※1回以上/3ヵ月

年 月 日

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】

施設名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	

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					ID				
年齢	歳	性別		男		女	生年月日	年	月	日

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、診療情報を交換させていただきます。

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下さい。									
	在宅療養後方支援病院登録希望時の届出内容に <u>変更はありません</u> 。								
	届出内容に <u>変更があります</u> 。								
↓ 変更がある場合はその内容									
	病名		処方内容		治療方針		当院への登録希望意思		その他

※ 新たに罹患した疾病があった場合は、病名に追加をお願いします。

※ 治療方針のご記入にご協力をお願いします。

急変時に延命的な治療の希望 : 【 希望する ・ 希望しない ・ 未定 】