

# 在宅療養後方支援病院登録用 診療情報提供書(初回)

平成 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 担当医殿

地域医療連携室 行 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"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	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		
	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してくださいようお願いいたします。