　　　　年　 　月　 　日

【様式2】在宅療養後方支援 診療情報交換用紙

【在宅療養後方支援病院】

公立阿伎留医療センター

地域連携センター

ＴＥＬ　042-558-0321（代表）

ＦＡＸ　042-550-5190（直通）

在宅医療機関名

担当医師名

電話番号

ＦＡＸ番号

１．登録患者　※ＩＤ番号は公立阿伎留医療センターのＩＤ番号です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※ＩＤ番号 | 氏名 | ふりがな | 生年月日 |
|  |  |  | 年　　月　　日 |

※３ヶ月に１回、診療情報を交換させていただきます。（4月・7月・10月・1月交換月となります。）

２．**初回登録時**の診療情報についてご記入お願いします。

|  |
| --- |
| ① 病　　名　　② 処方内容　　③ 治療方針　　④ Ａ Ｃ Ｐ |

３．病名（新たな病名等）、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ください。

　初回登録時の届け出に変更がありません。

　初回登録時の届け出に変更があります。

　利用希望停止があります。（死亡、施設入所、転居等により在宅医療が停止になった場合）

↓　変更内容をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

４．診療報酬算定情報（貴院で現在算定している該当する診療報酬に☑チェックをお願いいたします）

|  |
| --- |
| 在宅時医学総合管理料　　　施設入居時等医学総合管理料　　　在宅がん医療総合診療料  在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く） |

**※ご記入いただきましたら、地域連携センターまでＦＡＸにてご送信ください。**