

## 診療情報交換用紙（在宅療養後方支援病院 登録患者用）

令和 年 月 日

平素は地域医療連携についてご高配賜りありがとうございます。

3ヶ月に1回、診療情報を交換させていただきます。

下記患者様について、現時点での情報提供をお願い申し上げます。

在宅医療機関名

担当医師名

患者氏名

生年月日

大正・昭和・平成 年 月 日

【病名・病状経過・処方内容】

貴院所定の様式を添付していただいても構いません

【患者】

1. 在宅療養を継続していますか

している

していない

2. 患者さまは現在も慈啓会病院に入院することを希望していますか

している

していない

3. 入院希望届けに変更、特記すべきことはありますか

ある（

ない

）

