

診療情報交換用紙（登録患者様専用）

様式5

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

太田川病院 担当医殿
 地域医療介護支援室行
FAX : 082-220-2791
TEL : 082-516-1666

医療機関名
 所在地
 医師名
 TEL
 FAX

3か月に一度、情報交換をさせていただきます。期限が近くなりましたら、ご連絡させていただきます。

※住所は、変更がある場合のみご記入ください。

1. 登録患者様

| | | | |
|------|------------|------|-----------|
| 患者氏名 | フリガナ | □男□女 | 〒 _____ |
| | _____ | | _____ |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | TEL _____ |

2. 診療情報

※病院、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。

- 入院希望登録時の届出内容に変更はありません。
- 入院希望登録時の届出内容に変更があります。



※変更内容を下記へご記入ください。

診療情報

処方

処置内容

- 人工呼吸器 IVH 末梢点滴 気管切開 吸引 酸素 () L
- ストーマ 認知症 褥瘡処置 その他処置 ()

身体状況

- 独歩 車椅子 寝たきり 自立 一部介助 全介助

※貴院所定用紙の診療情報提供書でも構いません。

※お手数ですが、地域医療介護支援室直通 FAX 082-220-2791 にお問い合わせ致します。