

# 診療情報提供書

様式4

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

患者氏名	フリガナ	性別 □男□女	〒 _____
	生年月日		年 月 日 ( 歳 )
紹介目的			
傷病名・既往歴等			
症状・治療経過及び検査結果			
処方			
在宅管理料（算定している項目にチェックをお願いします） <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> 特定施設入居時等医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料は除く）			
処置内容 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素（        ）L <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他処置（        ）			
身体状況 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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 にお願ひ致します。

医療法人社団輔仁会 太田川病院