

在宅療養後方支援病院

益田地域医療センター医師会病院地域連携室

FAX (0856) 22-3612

【 診療情報交換用紙 (2回目以降) 】

記載日 令和 年 月 日

益田地域医療センター医師会病院担当医宛

在宅医療機関名

担当医師

1. 登録患者様

ID

患者氏名

(IDは、益田医師会病院の番号です)

2. 診療情報

病名、病状、治療方針、処方内容、当院への入院希望意思について、

□にチェックをご記入ください。

登録を中止 (理由: _____)

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け出内容に変更があります。下記のように変更しました。

