

診療情報提供書(継続)

年 月 日

医療法人公仁会 姫路中央病院 患者サポートセンター 宛
住所 〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2丁目36番地
TEL:079-235-7331(代) FAX:079-233-0854(直通)

FAX 送付ください

医療機関名	
医師名	
所在地	
電話番号	

【患者基本情報】

ID (*当院で記入)	
氏名 (ふりがな)	()
生年月日	年 月 日
年齢	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	
電話番号	

病名	
在宅療養継続の有無	<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 継続していない <input type="checkbox"/> その他()
算定している管理料	<input type="checkbox"/> C002 在宅時医学総管理料 <input type="checkbox"/> C002-2 施設入居時等医学総管理料 <input type="checkbox"/> C003 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料以外)
患者さんは現在も姫路中央病院へ緊急時に入院することを希望しているか	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 希望していない
患者さんの「緊急入院受入れ希望書」変更の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記すべき出来事の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
症状	