

在宅療養後方支援病院（赤磐医師会病院）診療情報提供書（初回）

1 在宅療養を担当している医療機関

医療機関名等			
所在地	〒		
医師名			
電話番号① 日中		②夜間	
FAX番号			

2 登録患者情報

患者氏名	フリガナ	住所	〒			
連絡先	①日中 (続柄)	生年月日	年	月	日	
	②夜間 (続柄)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
施設名			備考			

※赤磐医師会病院 事務用 (記載不要)	当院加付No.		説明日		受付日	
	該当管理料					

ケアマネジャー	担当者名		事業所名	
	電話		備考	

診断名

既往歴

処方

・処置内容（あてはまるものに●）

点滴の管理 (末梢 ポート その他 ()

中心静脈栄養 酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置

経管栄養 (経鼻 胃瘻 腸瘻) 褥瘡の処置 吸引

軟膏処置 麻薬管理 その他 ()

・状態

自立 見守り 車いす 寝たきり 認知症の有無 (有 ・ 無)

診療情報	
------	--