

FAX:0172-59-1631(地域医療支援センター)

令和 年 月 日

(FAX :)

在宅療養後方支援 診療情報確認書 (3か月毎)

「在宅療養後方支援病院」として、当院に「入院希望届出書」を提出している患者について現時点での診療情報を本用紙に記入後FAXにて返信をお願い申し上げます。
変更がありましたら、変更内容をご記入ください。

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
基本情報 住所、連絡先、施設入所等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」にチェックした場合はご記入ください。
在宅療養の継続	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院希望の継続	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
特記すべき診療情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」にチェックした場合はご記入ください。 (貴院の診療情報提供書でも構いません)

お問合せ先	黒石市国民健康保険黒石病院 地域医療支援センター 〒036-0541 青森県黒石市北美町一丁目70 TEL : 0172-52-2121 FAX : 0172-59-1631
-------	---