在宅療養患者診療情報提供書【初回】

＊在宅医療を担当する医療機関情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名 称** |  | **担当医師** |  |
| **住 所** | 〒 | **電話番号** |  |
| **F A X** |  |

＊患者様に関する情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | 男　女（　　歳） | | | **生年月日** | 年　　月　　日 |
| **住　所** |  | | | **電話番号** |  |
| **同居家族** | 無  あり　　　　配偶者・（　　　　　　） | | | **介 護 者** | 氏名（　　　　　　　）  続柄（　　　　　　　） |
| **緊　急**  **連絡先** | ※緊急時連絡が取れ、治療方針などが  相談できる方をお願いします。  氏名（　　　　　　　　　　） | **住　所** | 〒 | | |
| 続柄（　　　　　　　） | **電話番号** | 自宅等：  携　帯： | | |
| **傷病名** |  | **既往症** |  | | |
| **治療経過**  **禁忌情報** |  | | | | |
| **アレルギー** |  | | | | |
| **処方** |  | | | | |
| **算定項目** | 在宅医学総合管理料  　特定施設入居時等医学総合管理料  　在宅がん医療総合診療料  　在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く） | | | | |