

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）			