（在緊　様式5）

|  |
| --- |
| FAX送信票　0220-20-7122 |
| 診療情報提供書（情報交換用） |
|  | 送信日　　令和　　　年　　月　　日　　 |
| 送信先 | 送信元 |
| 登米市立登米市民病院 | 　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 　　　　地域医療連携室　行 | 　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 電話　0220-22-5511（代表） | 　電　　　話　　　　　　　　　　　　　　　　  |
|  | 　F　A　X　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

１　登録患者さん

|  |  |
| --- | --- |
| ID番号（登米市民病院） | 氏　名 |
|  | 　　　　　　　　　　　 |

※患者さんの状況変化時に、診療情報を交換させていただきます。

2　診療情報

　　※貴院所定の診療情報提供書の様式を添付していただいても構いません。

|  |
| --- |
| 病名、処方内容、治療方針、登米市民病院への入院希望意思の変更の有無についてご記入ください。 |
| * 前回の届出内容（診療内容等）に変更があります。

変更内容等をご記入ください* 利用希望停止（死亡・転居も含む）
* キーパーソン　氏名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）電話
* 終末期の対応
* アレルギーの有無
* 病名、処方内容、治療方針等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |