様式　医連-2 　　　　　　病院提出用

**別紙1.　　　　＜初回＞在宅療養患者診療情報提供書**

在宅医療を担当している医療機関情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名 称 |  | 担当医師 |  |
| 住 所 | 〒 | 電話番号 |  |
| FAX |  |

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 | 氏名（　　　　　　　） | 住　所 | 〒 | | |
| 続柄（　　　　　　　） | 電話番号 | 自宅等：  携　帯： | | |
| 傷病名 |  | 既往歴 |  | | |
| 治療経過禁忌情報 |  | | | | |
| 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科  在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く） | | | | |