□スキャナー　　　 □医事課

在宅療養後方支援病院

出水郡医師会広域医療センター地域医療連携室 FAX（0996）72-3103

【 診療情報交換用紙（2回目以降） 】

記載日　 令和　　 年 　　月 　　日

出水郡医師会広域医療センター担当医宛

在宅医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当医師

１．登録患者

ＩＤ 患者氏名

（ＩＤは、広域医療センターの番号です）

２．診療情報

**病名、病状、治療方針、処方内容、当院への入院希望意思**について、

□にチェックをご記入ください。

□登録を中止（理由： ）

□入院希望登録時の届出内容に変更はありません。

□入院希望登録時の届け出内容に変更があります。下記のように変更しました。