

FAX:0176 - 51 - 1375 (地域医療連携室)

令和 年 月 日

(FAX : )

## 在宅療養後方支援 診療情報確認書 (3ヶ月毎)

(4月・7月・10月・1月)

「在宅療養後方支援病院」として、当院に「入院希望届出書」を提出している患者について現時点での診療情報を本用紙に記入後 FAX にて返信をお願い申し上げます。  
変更がありましたら、変更内容をご記入ください。

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
基本情報 住所、連絡先、施設入所等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * 「有」にチェックした場合はご記入ください。
在宅療養の継続	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院希望の継続	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
特記すべき診療情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * 「有」にチェックした場合はご記入ください。 (貴院の診療情報提供書でも構いません)

お問い合わせ先	三沢市立三沢病院 地域医療連携室 〒033-0022 青森県三沢市大字三沢字堀口 164-65 TEL 0176-50-1160 (直通) / FAX 0176-51-1375
---------	--