年　　月　　日

在宅療養後方支援病院　診療情報提供書

連携医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史

平素は地域医療連携について、ご高配を賜りありがとうございます。

在宅療養後方支援病院（富士宮市立病院）に入院希望の登録をされている患者様について、

情報交換の時期となりましたので、以下をご記入のうえ、当院の地域医療連携室まで

FAX（０５４４－２７－３１９２）にて、ご送付いただきますようお願い申し上げます。

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

病　　　名

１．在宅療養を継続していますか

している　　　　　していない

２．患者様は現在も、緊急時に富士宮市立病院に入院することを希望していますか

している　　　　　していない

３．入院希望届出の取消や変更、特記事項等はありますか

　　　　　　　　　　　　　　ある　　　　　　　　　ない

ある場合は、その内容をご記入ください

確認事項（算定している項目にチェックしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 在宅時医学総合管理料 | □ | 在宅がん医療総合診療科 |
| □ | 施設入居時等医学総合管理料 | □ | 在宅療養指導管理料**※** |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ 在宅自己注射指導管理料は除きます。

令和６年９月　作成