様式 2

令和　　年　　月　　日

診療情報（□4月・□7月・□10月・□1月）

※報告月にチェックをお願いします

在宅医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ファックス番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

独立行政法人地域医療機能推進機構
諫 早 総 合 病 院

TEL：0957-22-1380（代表）

FAX：0120-1388-35（直通）

1　登録患者様

氏　名	生年月日

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。

□	取下げ		
□	入院希望登録時の届出内容に変更はありません。		
	算定している項目にチェックをお願いします		
□	①在宅時医学総合管理料	□	③在宅がん医療総合診療料
□	②施設入居時等医学総合管理料	□	④在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く
□	入院希望登録時の届出内容（診療内容等）に変更があります。（下記のとおり変更しました）		
↓	**変更内容等をご記入ください**		

※FAXにて送信してください。