

緊急時診療希望患者さま定期確認票

《在宅医療を担当している医療機関情報》

医療機関名

《患者さまに関する情報》

フリガナ

生年月日

明・大・昭・平

年

月

日

患者氏名

性別

男

女

住所

連絡先

※算定している項目にチェックをお願いします

 在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料 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を除く)

《継続して後方支援病院として》

 希望する 希望しない

《診療情報》

 緊急診療希望登録時の届け出内容に変更はありません 緊急診療希望登録時の届け出内容に変更があります

※変更内容を下記へ記入ください。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

(ご記入日) 令和 年 月 日

(ご担当者)