

# 患者情報提供書

【在宅医療機関】

年 月 日

【在宅療養後方支援病院】  
医療法人 済衆館 済衆館病院  
患者支援センター  
TEL 0568-21-1732（直通）  
FAX 0568-21-0837（直通）

先生 御侍史

|       |  |
|-------|--|
| 当院 ID |  |
| 患者氏名  |  |
| 生年月日  |  |

病名、処方内容、治療方針、当院への入院希望の意思等に変更がある場合下記にご記入をお願いします。

- ☐ 入院登録希望時の届出内容に変更ありません
- ☐ 入院希望登録時の届出内容に変更あります
- ☐ 利用停止希望があります（死亡・転居・訪問診療終了）

変更内容のご記入をお願いします

（入院ご依頼の際は別紙の診療情報提供書をお願いします）

在宅医療機関名称 \_\_\_\_\_ 担当医 \_\_\_\_\_

※3 か月に一度、診療情報提供書を交換させていただきます。  
期限が近くなりましたら、当院よりご案内をさせていただきます。  
必要事項をご記入の上、返信をお願いします。