

# 診療情報提供書

年 月 日

岡谷市民病院

医療機関  
名称  
所在地  
電話番号  
医師氏名

科

先生

⑩

ふりがな		男 ・ 女	生年月日
患者氏名			大・昭・平・令 年 月 日 ( 才)
住 所	〒		
TEL 番号	( )		
傷 病 名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン		
主訴 及び 特に連絡すべき事項 (既往歴・病状経過・検査結果・治療経過・現在の処方・アレルギー等)			

\*前月または今月に算定している在宅医療関係項目がありましたら☑をしてください  
C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料  
C003 在宅がん医療総合診療料  
第2節 在宅療養指導管理料 (C101 在宅自己注射指導管理料を除く)