

主治医・副主治医制 患者情報提供書

令和 年 月 日

主治医医療機関： _____ 氏名： _____ 依頼期間の主治医連絡先（連絡がつく電話番号）： _____

副主治医医療機関： _____ 先生

患者名	(男・女) 歳	西暦	年	月	日生	患 家 電 話 番 号	家族と同居・独居
住 所						緊急時連絡先(続柄)	
疾患名						点滴 (有・無)	入院支援病院
治療ケア方針						経管栄養 (有・無)	
緊急時の対応						胃ろう (有・無)	訪問看護事業所
						膀胱留置カテーテル (有・無)	名称
						在宅酸素 (有・無)	TEL
						その他 (有・無)	担当 Ns.

患者名	(男・女) 歳	西暦	年	月	日生	患 家 電 話 番 号	家族と同居・独居
住 所						緊急時連絡先(続柄)	
疾患名						点滴 (有・無)	入院支援病院
治療ケア方針						経管栄養 (有・無)	
緊急時の対応						胃ろう (有・無)	訪問看護事業所
						膀胱留置カテーテル (有・無)	名称
						在宅酸素 (有・無)	TEL
						その他 (有・無)	担当 Ns.

患者名	(男・女) 歳	西暦	年	月	日生	患 家 電 話 番 号	家族と同居・独居
住 所						緊急時連絡先(続柄)	
疾患名						点滴 (有・無)	入院支援病院
治療ケア方針						経管栄養 (有・無)	
緊急時の対応						胃ろう (有・無)	訪問看護事業所
						膀胱留置カテーテル (有・無)	名称
						在宅酸素 (有・無)	TEL
						その他 (有・無)	担当 Ns.

【調整担当】とまこまい医療介護連携センター

TEL 0144-37-0177

FAX 0144-37-0178