

在宅療養後方支援患者連絡票

(3ヶ月に1回情報提供をお願いします)

年 月 日

森之宮病院 地域医療連携室宛

FAX 06-6969-3336

■在宅医療を担当している医療機関名（主治医）

医療機関名

担当医氏名

■入院希望届出患者

フリガナ

氏名

生年月日

年

月

日

■届出患者の連絡先等

☐ 届出時と変更なし

☐ 変更あり（変更項目を下記にご記入ください）

連絡先

住所

緊急連絡先

（患者との関係）

■在宅療養後方支援の登録継続について

☐ 継続する

☐ 中止する（理由：

）

■患者の状態について特記すべき内容がございましたらご記入ください

☐ 特になし

☐ 下記の通り

☐ 採血データ添付

☐ 投薬情報添付

☐ その他資料添付

■延命（救命）治療について患者や家族等のご意向に変更はありませんか

☐ 変更なし

☐ 変更あり（変更内容：

）

■診療報酬算定項目（前月又は今月算定している項目）

☐ 在宅時医学総合管理料

☐ 施設入居時等医学総合管理料

☐ 在宅がん医療総合診療料

☐ 在宅療養指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く）※下記の該当項目を○で囲んでください

・在宅小児低血糖症患者指導管理料

・在宅血液透析指導管理料

・在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

・在宅自己導尿指導管理料

・在宅ハイフローセラピー指導管理料

・在宅強心剤持続投与指導管理料

・在宅自己疼痛管理指導管理料

・在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

・在宅気管切開患者指導管理料

・在宅経腸投薬指導管理料

・在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料

・在宅中耳加圧療法指導管理料

・在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

・在宅酸素療法指導管理料

・在宅小児経管栄養法指導管理料

・在宅人工呼吸指導管理料

・在宅麻薬等注射指導管理料

・在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

・在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

・在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料

・在宅咽頭摘出患者指導管理料

・在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

・在宅自己腹膜灌流指導管理料

・在宅中心静脈栄養法指導管理料

・在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

・在宅腫瘍化学療法注射指導管理料

・在宅寝たきり患者処置指導管理料

・在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

・在宅肺高血圧症患者指導管理料

・在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

・在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

・在宅抗菌薬吸入療法指導管理料

2025.9 改訂