様式第２号

在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書

年　　月　　日

一時入院医療機関　担当医　様

医療機関名
所　在　地
医師の氏名　　㊞
電話番号

ふりがな 対象患者氏名		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住　　所			
疾 病 名			
病状の経過			
身体状況			
合 併 症			
気管切開	□している　　□していない	人工呼吸器	□あり（　　）
人工呼吸器の 機種（種類）			
その他の 医療機器			
経管栄養の持込	あり（内容　　）　・　なし		
服薬の持込	あり（内容　　）　・　なし		
治療経過及び検査結果（ＭＲＳＡ等の感染症を含む。）			
緊急時の対応			