

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院定期カンファレンス記録

開催日時： 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 場 所：  
出席者：

患者名	区分	担当医師名	検討内容・項目・評価など	訪問診療開始月日および現在の在宅訪問回数等	担当医師コメント等
	新規・継続・見直し				

※ 新規または見直しの場合は別紙情報共有シートを作成し、双方で保管する。

患者情報共有シート（新規・見直し）

担当医療機関名：

担当医師名：

患者氏名：	性別： 男 ・ 女	作成年月日：	年	月	日
患者住所：					
電話番号：					
生年月日：	明 治・大 正・昭 和	年	月	日（	歳）
職 業：					
疾 病 名：					
既往歴および入院・入所歴：					
病状、診療内容および治療経過等 訪問診療開始月日および現在の在宅訪問回数等：					
最近の検査結果等：					
現在の処方内容等：					
その他の特記事項：					

※ 新規・見直しいずれかに○をする。見直しの場合はその他の特記事項にその理由を簡潔に記載する。