

勧告(措置)入院中の患者にかかる診療事項届

年 月 日

大 阪 市 長 様

医療機関所在地
医療機関名称
担 当 医 師

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条もしくは第20条の規定に基づき

当院に入院中の患者について、その診療を次のとおり 変 更 追 加 依 頼 したいのでお届けします。

患 者 氏 名							患 者 の 生 年 月 日	年 月 日				
患 者 の 住 所	大阪市 区											
公費負担者番号								患 者 票 の	年 月 日から			
受 給 者 番 号								有 効 期 間	年 月 日まで			
医 療 内 容 の 変 更 ・ 追 加 ・ 依 頼	変 更 追 加 依 頼		年 月 日		年 月 日							
	使用薬剤等の 変 更 追 加	旧			理 由							
		新										
	追 加 病 名 (合 併 症)											
	他 の 医 療 機 関 へ の 合 併 症 の 診 療 依 頼			依 頼 先 医 療 機 関	名 称	所在地	指定医療 機関の別	指 定 未指定	依 頼 内 容			

- この届は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条もしくは20条により入院中の患者の診療について、公費負担申請時の診断書に記載した医療の種類と異なるものを行うとき、または合併症の治療を行うときに、結核患者票を発行した保健福祉センターへ提出してください。
 - 新たに行う診療(歯科等)を他の医療機関に依頼する場合は、「他の医療機関への合併症の診療依頼」欄を記入のうえ、保健福祉センターから「診療依頼書」の交付を受け、依頼先医療機関に提出してください。
 - 患者が住所、医療機関を変更するときは、別に定められた「結核患者票・患者票記載事項変更願」により、結核患者票を発行した保健福祉センターへ提出してください。
- ☆ 連続して無断外泊した場合など、入院の継続が疑わしいときは、保健福祉センターへご連絡ください。

上記のとおり承認し、報告します。

保健福祉センター担当医師		課 長		課 長 代 理		係 長		係 員		受 付 年 月 日	・	・
--------------	--	-----	--	---------	--	-----	--	-----	--	-----------	---	---